

Université de Montréal

**Le traitement psychopharmacologique des jeunes en centre
jeunesse : observance, croyances relatives au traitement et
alliance de travail avec le médecin**

par Julie Bellavance

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

Décembre 2017

© Julie Bellavance, 2017

Résumé

Cette thèse a comme objectif de déterminer la contribution des croyances relatives à la médication et de l'alliance de travail avec le médecin au sein du phénomène de l'observance des jeunes placés en centre jeunesse qui reçoivent une médication psychotrope.

Plus spécifiquement, le premier article est une étude quantitative évaluant la valeur prédictive des croyances au sujet de la médication et de l'alliance avec le médecin sur l'inobservance auprès d'un échantillon de 89 adolescents des centres jeunesse de différentes régions au Québec.

Aussi, l'étude vérifie l'éventualité de la médiation du lien entre l'alliance et l'inobservance par les croyances. Les résultats démontrent que l'inobservance se divise en deux construits distincts selon la présence ou non d'une intention sous-jacente à ce comportement de santé. Les croyances relatives à la médication psychotrope, plus précisément l'écart entre la nécessité perçue de la prescription et les inquiétudes relatives à celle-ci, et la qualité de l'alliance de travail avec le médecin constituent des prédicteurs de l'inobservance globale des adolescents placés. L'alliance de travail avec le clinicien prédit l'inobservance non intentionnelle alors que la conviction que les médicaments psychotropes sont surutilisés prédit l'inobservance intentionnelle. Les analyses de médiation déterminent que l'écart entre la nécessité perçue et les inquiétudes relativement au traitement est un médiateur de la relation entre l'alliance de travail avec le médecin et l'inobservance globale. La conviction de la surutilisation des médicaments psychotrope médie quant à elle le lien entre l'alliance de travail et le non-respect intentionnel de la prescription. Les résultats concordent avec la théorie du modèle des croyances relatives à la santé (*Health Belief Model*) et appuient l'importance accordée à l'alliance avec le prescripteur

dans le suivi du traitement. Ils mettent en lumière le rôle de cette dernière auprès des perceptions des jeunes en centre jeunesse relativement à la médication psychotrope.

Le deuxième article consiste en une exploration qualitative des liens entre les types de comportements d'observance et d'inobservance, les perceptions positives et négatives des jeunes envers leur traitement psychopharmacologique et leur alliance avec leur médecin. Les entrevues ont été menées auprès de 33 adolescents provenant d'un centre jeunesse ou d'un foyer de groupe et prenant une médication psychotrope. L'analyse thématique effectuée à partir de celles-ci révèle l'importance de la perception des bénéfices secondaires et des effets indésirables de la médication dans l'adoption de comportements d'observance ou d'inobservance de l'échantillon de jeunes placés. Aussi, les résultats démontrent que l'empathie du médecin envers l'adolescent, son inconditionnalité par rapport au jeune, l'implication du jeune dans la démarche de traitement et l'investigation de l'expérience du jeune au niveau de sa problématique et de son traitement par le médecin concordent avec une meilleure observance. Les résultats des deux articles sont interprétés à l'aide d'éléments de la théorie de l'auto-détermination mettant en évidence le rôle du type de motivation impliqué dans l'application d'un comportement comme l'observance et l'importance du soutien à l'autonomie par le médecin. À la lumière de cette intégration, un modèle de l'observance du traitement psychopharmacologique par les jeunes en centre jeunesse est proposé, des implications cliniques discutées et des pistes de recherche futures suggérées.

Mots-clés : Observance, médication psychotrope, adolescents, centre jeunesse, croyances

Abstract

This thesis aims to determine the contribution of the beliefs about medication and the working alliance with the doctor with adherence in youth in residential care center receiving a psychotropic medication.

More specifically, the first article is a quantitative study verifying the predictive value of the beliefs and the alliance on non-adherence as well as the eventuality of the beliefs mediating the relationship between alliance and non-adherence of 89 teenagers in residential care centers in different regions in Québec. Results show that non-adherence can be conceptualized as two distinct constructs whether the health behavior is intentional or not. Beliefs about psychotropic medication, more precisely the differential between the perceived necessity of the prescription and the worries related to it, as well as the quality of the working alliance with the young patient are predictors of global non-adherence of the participants. The working alliance with the clinician predict the unintentional adherence when the conviction that psychotropic medication are overused predict intentional adherence. Mediation analysis determines that the differential between perceived necessity and worries relative to treatment is a mediator of the relationship between the working alliance with the doctor and global non-adherence. The conviction that psychotropic medications are overused mediate the link between the working alliance and the intentional non respect of the prescription. Results correspond with the theory relative to the Health Belief Model and the emphasis on the alliance with the prescriber in the monitoring of the treatment reveal its role in the attitudes of teenagers towards psychotropic medication.

The second article consists in a qualitative exploration of the relationships between adherence and non-adherence behavior types, positive and negative beliefs of the youths towards their psychopharmacological treatment and their relation with their doctor. The interviews were

conducted with 33 teenagers living in a rehabilitation center or in a group home and taking a psychotropic medication. They reveal the importance of the perception of secondary benefits and adverse effects of the medication in the adoption of adherence or non-adherence behaviors. Also, analyses demonstrate that the more the doctor is empathic, the more he encourages exchanges by listening, transmitting information, investigating the youth's experience towards his difficulties and the treatment, offering choices and the more he accepts the youth opinions, the greater are the chances that this one is going to take his medication as prescribed. The less the carer presents these aptitudes, the more the adolescent is at risk to not respect his prescription and this, from an unintentional way to an intentional one.

Results of the two articles are reinterpreted with elements of self-determination theory highlighting the role of the motivation type implicated in the application of a behavior as adherence and the importance of autonomy support by the doctor. In light of this integration, a conceptual model of adherence of the psychopharmacological treatment by youths in residential centers is proposed, clinical implications are discussed and further research directions are suggested.

Keywords : Adherence, psychotropic medication, youth, residential care center, beliefs, alliance

Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	iii
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	ix
Liste des figures.....	x
Liste des sigles.....	xi
Remerciements.....	xii
Introduction.....	1
Les adolescents placés hors du milieu familial et la médication psychotrope.....	5
L'observance, ses conséquences et ses prédicteurs.....	9
La théorie de l'autodétermination, la motivation et l'observance.....	14
L'observance et ses prédicteurs chez les jeunes placés hors du milieu familial.....	17
L'observance et ses prédicteurs chez les jeunes placés : un modèle conceptuel par Laurier et Lafortune (2007).....	20
L'observance et les croyances relatives au traitement.....	23
L'observance et les croyances relatives au traitement chez les adolescents.....	24
L'observance et les croyances relatives au traitement chez les jeunes placés.....	27
Modèle conceptuel de la relation entre l'observance et les croyances relatives au traitement : <i>Health Belief Model</i>	30
L'observance et l'alliance de travail avec le médecin.....	32
L'observance et l'alliance de travail avec le médecin chez les adolescents.....	37
L'observance et l'alliance de travail avec le médecin chez les jeunes placés.....	43
Modèle conceptuel de l'alliance de travail avec le médecin : Modèle de Hougaard.....	45
Les croyances relatives au traitement et l'alliance de travail avec le médecin.....	49
Objectifs de la thèse.....	50
Méthodologie générale.....	52
Déroulement et considérations éthiques de la recherche.....	52

Comparaison des échantillons de l'étude quantitative et de l'étude qualitative	55
Analyses quantitatives	55
Article 1	58
Résumé.....	59
Contexte théorique.....	60
Méthodologie	67
Déroulement.....	67
Échantillon	69
Instruments.....	69
Analyses statistiques	73
Résultats	74
Mesures de l'inobservance, des croyances relatives à la médication et de l'alliance de travail avec le médecin.....	74
Analyses bivariées préliminaires	76
Analyses de régression multiple	77
Analyses de médiation	81
Discussion.....	81
Limites	90
Conclusion	92
Références.....	94
Article 2	107
Résumé.....	108
Contexte théorique.....	109
Méthodologie	118
Déroulement.....	118
Échantillon	120
Analyses qualitatives	121
Résultats.....	125
Croyances relatives au traitement psychopharmacologique	125
Perceptions relatives au médecin prescripteur	132

Groupe Observance.....	137
Groupe Inobservance non intentionnelle	138
Groupe Inobservance intentionnelle	139
Groupe Inobservance mixte	140
Discussion.....	141
Limites	156
Recommandations cliniques	157
Conclusion	158
Références.....	160
Annexe 1	172
Annexe 2	174
Annexe 3	180
Annexe 4	185
Discussion générale	191
Résumé des résultats	191
Conceptualisation de l'observance	195
L'observance et la théorie de l'autodétermination.....	197
L'observance et les croyances relatives au traitement psychopharmacologique	200
L'observance et l'alliance de travail avec le médecin prescripteur	203
Les croyances relatives à la médication psychotrope et l'alliance de travail avec le médecin	205
Implications cliniques	206
Favoriser l'observance : agir sur les croyances et attitudes relatives au traitement psychopharmacologique	206
Favoriser l'observance : agir sur l'alliance de travail avec le médecin	208
Favoriser l'observance : Le rôle des autres intervenants	211
La médication psychotrope, un traitement de choix ou pas?	214
Limites de la recherche	218
Recommandations de recherches futures.....	221
Conclusion	222

Bibliographie.....	i
Annexe 1	i
Annexe 2	vii
Annexe 3	ix
Annexe 4	xii

Liste des tableaux

Article 1

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des participants	p. 70
Tableau 2. Scores moyens, écarts-types, scores extrêmes et variance des scores d'inobservance, des croyances relatives à la médication et de l'alliance de travail avec le médecin.....	p. 75
Tableau 3. Analyses bivariées (corrélations) pour les taux d'inobservance.....	p. 78
Tableau 4. Résultats des analyses de régression méthode pas-à-pas) pour les taux d'inobservance.....	p. 80

Article 2

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des participants selon leurs comportements d'observance et d'inobservance de leur traitement psychopharmacologique.....	p. 122
---	--------

Liste des figures

Introduction

Figure 1. Modèle de l'observance des jeunes en centre de réadaptation selon Laurier et Lafortune (2007a).....	p. 21
Figure 2. Modèle de l'alliance de travail selon Hougaard (1994).....	p. 47

Article 2

Figure 1. Modèle de l'observance des jeunes en centre de réadaptation selon Laurier et Lafortune (2007a).....	p. 110
Figure 2. Représentation schématique des catégories du thème des croyances positives relatives au traitement psychopharmacologique rapportées par les participants.....	p. 126
Figure 3. Représentation schématique des catégories du thème des croyances négatives relatives au traitement psychopharmacologique rapportées par les participants.....	p. 129
Figure 4. Représentation schématique des catégories de perceptions positives des participants relatives à leur médecin prescripteur.....	p. 133
Figure 5. Représentation schématique des catégories de perceptions négatives des participants relatives à leur médecin prescripteur.....	p. 136
Figure 6. Nouveau modèle de l'observance du traitement psychopharmacologique des jeunes en centre de réadaptation.....	p. 156

Discussion

Figure 1. Modèle de l'observance chez les jeunes en centre jeunesse recevant une médication psychotrope.....	p. 196
--	--------

Liste des sigles

BMQ : *Belief about Medicines Questionnaire*

HBM : *Health Belief Model*

TAD: Théorie de l'auto-détermination

TDA/H : Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

TPL : Trouble de personnalité limite

VIH: Virus de l'immunodéficience humaine

Remerciements

Je remercie d'abord mon directeur de recherche, Denis Lafortune qui, à travers ses nombreuses tâches et implications professionnelles, a su me consacrer un temps précieux, particulièrement en fin de parcours. Sa grande expérience tant en clinique qu'en recherche, sa facilité à vulgariser et simplifier les concepts les plus complexes, la pertinence de ses questionnements et son attitude ouverte, accueillante, souple et détendue ont grandement contribué à mon enrichissement personnel et professionnel et à ma grande appréciation de mon travail avec lui. La confiance qu'il a investie en moi m'a permis de travailler avec autonomie et flexibilité, de faire mes propres choix et d'en sortir grandie, accomplie et plus confiante. Denis m'a également permis de suivre mon propre cheminement en tant qu'étudiante en me soutenant dans mon changement de programme, ma décision de fonder une famille et mes pauses de recherche pour me consacrer à mes internats cliniques et pour cela, je lui en suis grandement reconnaissante. Merci Denis, travailler avec toi et te côtoyer pendant toutes ces années a été pour moi un privilège.

Je remercie mes collègues de laboratoire de recherche, Isabelle pour son travail exemplaire dans le montage de la base de données, Katie pour ses entrevues bien menées, Sarah pour la collecte de données, François pour le démarrage et la mise en place du projet de recherche et les autres coordonnateurs de recherche qui ont suivi pour leur travail fastidieux dans la poursuite de la collecte des données.

Je remercie également mes collègues du doctorat en enfance et adolescence avec qui toutes ces années à travailler dur dans les cours, les stages, la recherche et surtout, sur soi-même, ont été malgré tout très agréables. Les moments passés en votre présence étaient ressourçants,

relaxants et rassurants. C'était une cohorte particulièrement exceptionnelle et je suis choyée de vous avoir côtoyées.

Je remercie aussi mes amies du baccalauréat en psychologie, Synthia, Julie-Élaine, Marie-Christine et Kristelle qui m'ont toujours apporté leur aide, leur réconfort et leur soutien à plusieurs niveaux tout au long de mes études. Sans vous les filles, je n'y serais pas arrivée. Merci également à mes amis de psychologie Joanie, William, Mathieu et Valérie qui ont agrémenté mes années de doctorat de partage de connaissances et de moments de plaisir. Je veux également remercier Véronique qui m'a si gracieusement aidée avec les analyses de médiation et fournit de l'excellent matériel de compréhension des statistiques. Un merci aussi à Karine Bertrand pour ses précieux conseils relatifs aux analyses qualitatives.

Finalement, je dédie mes derniers remerciements à mes proches dont mes parents qui n'ont soutenu moralement et financièrement dans le choix et la durée de mes études. Grâce à leur continuelle valorisation de mes capacités et de mes accomplissements, j'ai pu traverser avec confiance ces années d'étude et toutes les épreuves qu'elles comportaient pour atteindre mes ambitions professionnelles. Merci à Jean-Michel qui a perpétué la valorisation de mon travail et de mes habiletés commencée par mes parents et avec qui tout est toujours possible, faisable, gérable et même agréable, même une thèse sans revenus qui s'éternise entrecoupée de la fondation d'une famille. Merci à mes filles Aurélie et Marie qui m'ont aidé à décrocher de ma thèse et de mes études pour me ressourcer et me permettre de me recentrer sur l'essentiel afin de mieux me remettre au travail.

Introduction

Le recours à la médication psychotrope pour traiter les troubles de santé mentale des enfants et adolescents est controversé. Récemment, dans les médias, des pédopsychiatres du Québec s'inquiétaient de la hausse fulgurante de la prescription d'antipsychotiques atypiques auprès des adolescents (Cousineau, 2016). Ils attribuaient cette hausse entre autres au manque de ressources psychosociales dont l'efficacité a été largement démontrée et qui sont sans risque pour la santé physique, contrairement à l'utilisation de médicaments psychotropes.

Aussi, une consultation provinciale menée auprès de jeunes et d'intervenants dans le domaine de la santé mentale conclut que les adolescents ayant des difficultés de santé mentale sont surmédicamentés principalement à cause de l'insuffisance des ressources psychosociales et de la pathologisation de comportements en lien avec le développement normal (Fleury, 2016). Dans le contexte spécifique des centres jeunesse, une revue de littérature de Desjardins, Lafortune et Cyr (2010) confirme les impressions des intervenants et cliniciens sur le terrain : les services de santé mentale en centre jeunesse sont insuffisants et inadaptés aux adolescents ayant des difficultés de santé mentale. De ce fait, les symptômes et troubles internalisés sont négligés, les origines et causes des difficultés des jeunes sont ignorées et les problèmes de comportements sont traités par les médicaments psychotropes malgré la faible prévalence d'évaluations psychiatriques ou psychologiques complètes et les risques qu'impliquent ces médicaments pour la santé.

En effet, de nombreuses études révèlent des effets secondaires sévères ou potentiellement dangereux de certains médicaments psychotropes chez les jeunes tels que la prise de poids, pouvant aller jusqu'à l'obésité et/ou l'apparition du diabète de type II, la perte de poids, pouvant aller

jusqu'à entraîner un retard de croissance, les problèmes de sommeil, les effets extrapyramidaux (perturbations des mouvements, agitation et tremblements importants), des irrégularités dans le rythme cardiaque et, plus rarement, l'agranulocytose qui implique une baisse de la production de globules blancs par la moelle osseuse (De Hert, Detraux, van Winkel, Yu, & Correll, 2012; Hilt et al., 2014; Bobo et al., 2013; Pozzi et al., 2013).

Plusieurs patients recevant un traitement psychopharmacologique rapportent également vivre des effets secondaires désagréables pouvant causer de la détresse comme les effets anticholinergiques des médicaments psychotropes (sudation, assèchement de la bouche, constipation, vision floue), des maux de tête, des étourdissements, des difficultés digestives, des changements hormonaux (prolactine et hormones produites par la glande thyroïde), de l'agitation physique, de l'irritabilité, des tics ou autres problèmes moteurs, des épisodes de manie, de l'aménorrhée et autres dérèglements du cycle de menstruation et la prise de poids (Covell et al., 2007; Zuddas, Zanni, & Usala, 2011; Correll, 2008; Findling, Steiner, & Weller, 2005; Hilt et al., 2014; Pozzi et al., 2013; Talib & Alderman, 2013).

De plus, des études ont démontré que certains effets secondaires répertoriés chez les patients adultes s'avèrent plus sévères chez les enfants et adolescents (Keepers, Clappison, & Casey, 1983; Correll et al., 2006; McConville & Sorter, 2004; Findling, 2001).

Évidemment, la communauté scientifique est sensible à la problématique des effets secondaires de la médication psychotrope. Par exemple, les antipsychotiques atypiques, aussi appelés de deuxième génération, ont été développés pour remplacer l'utilisation des antipsychotiques typiques qui avaient de plus grands et plus graves effets secondaires (Zuddas et al., 2011). Malgré tout, selon une étude récente aux États-Unis auprès de 1347 parents d'enfants et adolescents de la communauté recevant un traitement psychopharmacologique, 84% des parents

des jeunes rapportaient au moins un effet secondaire lié à la médication psychotrope (Hilt et al., 2014).

Un autre élément inquiétant s'ajoutant à l'utilisation controversée de médicaments psychotropes chez les jeunes est la prescription de médicaments psychotropes pour une difficulté ou un trouble pour lequel ils n'ont pas été approuvés par les instances gouvernementales de la santé et pour lequel il n'y a pas eu d'étude randomisée pour confirmer leur efficacité et leur innocuité auprès des adolescents concernés (prescription *off-label*). La prescription *off-label* concerne surtout les antipsychotiques atypiques et survient plus souvent pour les symptômes ou les troubles liés à l'agressivité et les comportements autodestructeurs tels l'automutilation ou le risque suicidaire (Haw & Stubbs, 2010).

Cette pratique est assez courante auprès des jeunes vu la rareté des études randomisées pour ce groupe d'âge (McKinney & Renk, 2011; Krishnan, Bellonci, Foltz, & Lieberman, 2014), particulièrement dans le cas de troubles sévères ou comorbides (Haw & Stubbs, 2010) et dans le cas de l'utilisation de plus d'une médication psychotrope à la fois (Hilt et al., 2014). Pourtant, les adolescents ne réagissent pas nécessairement de la même manière que les adultes aux traitements psychopharmacologiques : ils sont parfois plus sensibles aux effets secondaires des médicaments psychotropes et les dosages doivent parfois être adaptés à l'âge et au niveau développemental du jeune (Findling et al., 2005; Correll, 2008). De plus, les diagnostics psychiatriques des adolescents ne sont pas toujours aussi bien définis et développés que chez les adultes (Findling et al., 2005) et le choix de la médication en devient d'autant plus complexe et délicat. Cela peut alors faire en sorte que les médecins aient recours à la méthode d'essais et erreurs afin de déterminer le traitement médicamenteux des jeunes patients (Collin, 2016).

Une autre tendance actuelle en psychiatrie, particulièrement auprès de la clientèle infantile et adolescente, est de soigner, donc principalement médicamenteusement, les symptômes plutôt que le trouble, comme c'est le cas pour le traitement des problèmes de santé physique. (Collin, 2016). Il peut parfois être difficile pour les professionnels de la santé de percevoir la problématique de santé mentale comme une entité médicale puisqu'elle s'articule souvent autour de difficultés sociales, émotionnelles, situationnelles et environnementales (Collin, 2016). Ainsi, traiter une souffrance diffuse semblant provenir de plusieurs sources à la fois internes et externes au patient peut faire en sorte que le médecin se concentre sur le traitement des symptômes plutôt que de la problématique globale, ce qui peut rapidement mener à l'utilisation simultanée de plusieurs médicaments psychotropes (Collin, 2016).

Malgré certains aspects négatifs des médicaments psychotropes, leur efficacité est indéniable dans le traitement de certains troubles de santé mentale chez les adolescents et l'amélioration du fonctionnement de ces derniers dans certaines sphères importantes de leur vie. En effet, des études américaines sur des patients enfants et adolescents ont démontré l'efficacité de la médication psychotrope pour la diminution des symptômes du syndrome de Gilles de la Tourette (Murphy, Lewin, Storch, Stock, & AACAP CQI, 2013), du trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) (AACAP, 2007a), des troubles psychotiques (McClellan, Stock, & AACAP CQI, 2013), de certains troubles anxieux (AACAP, 2007b), de certains troubles de l'humeur (AACAP, 2007c; 2007d) et du trouble d'abus de substance (AACAP, 2005).

Toutefois, l'utilisation de la médication psychotrope est reconnue comme le traitement de premier choix seulement pour le syndrome de Gilles de la Tourette, le TDA/H, les épisodes de manie et les troubles psychotiques (AACAP, 2007; 2007c; 2013; Murphy et al., 2013). Pour les

autres psychopathologies susmentionnées, le recours à la médication psychotrope est recommandé en adjuvant des interventions psychosociales ou uniquement lorsque celles-ci s'avèrent insuffisantes pour l'amélioration de la santé mentale du patient (AACAP, 2005; 2007b; 2007c). Pour le traitement de symptômes tels l'agressivité ou les difficultés de sommeil, l'efficacité des médicaments psychotropes n'a pas été démontrée sauf dans le cas du traitement de l'agressivité de jeunes atteints d'autisme (McCracken et al., 2002; Shea et al., 2004).

L'utilisation de la médication psychotrope peut significativement améliorer la qualité de vie des jeunes patients en augmentant leur rendement scolaire, en facilitant leurs relations familiales, sociales et avec l'autorité, en améliorant leur performance dans des activités extrascolaires et en les aidant parfois même avec des difficultés relatives à des troubles comorbides (AACAP, 2002; Biederman, Wilens, Mick, Spencer, & Faraone, 1999). Ainsi, tout en se questionnant sur les inconvénients et les inquiétudes liés à leur usage, il est aussi pertinent de se concentrer à optimiser leur efficacité.

Les adolescents placés hors du milieu familial et la médication psychotrope

Au Québec, les adolescents sont placés dans des centres jeunesse, aussi appelés centre de réadaptation, pour deux raisons, la protection et la détention, chacune chapeauté par une loi : la Loi de la protection de la jeunesse (LPJ) et la Loi sur le système de la justice pénale du Québec (LSJPA), respectivement. Les centres procurent divers services aux jeunes et à leur famille en fonction de leurs besoins et des lois en vigueur comme l'hébergement de l'adolescent, la réadaptation de ce dernier et des services psychosociaux pour ceux-ci et leur famille.

Les adolescents placés dans les centres jeunesse du Québec présentent de nombreuses psychopathologies pour lesquelles les cliniciens recourent souvent à la médication psychotrope. Selon une étude de Toupin, Pauzé et Lanctôt (2009) auprès de 213 jeunes placés en centre de réadaptation au Québec, environ un tiers d'entre eux a reçu un diagnostic de trouble des conduites ou de trouble oppositionnel avec provocation, un jeune sur dix a un diagnostic de TDA/H et environ 5% des jeunes ont un trouble de l'humeur. Également, 30% de ces adolescents consomment de l'alcool ou des drogues, comportements pour lesquels ils peuvent se voir prescrire une médication psychotrope. Comparativement à un échantillon équivalent au niveau sociodémographique provenant de milieux défavorisés mais n'étant pas placés, les prévalences de ces troubles et comportements de consommation de substances chez les jeunes placés sont d'un peu à beaucoup plus élevées (Toupin et al., 2009).

De plus, ils vivent davantage de problématiques psychosociales comme une plus grande exposition à la violence physique hors famille, plus de difficultés scolaires, un moins bon et moins grand réseau social, plus de violence intrafamiliale verbale et physique, une relation avec leurs parents significativement plus difficile, beaucoup moins de supervision parentale et de moins bonnes habiletés parentales que les adolescents provenant d'un milieu défavorisé et résidant à la maison familiale (Toupin et al., 2009). Des études révèlent également que les jeunes en centre de réadaptation ou sous la protection de l'état aux États-Unis ont été exposés à plusieurs événements traumatiques ou stressants, que leur détresse psychologique en est donc augmentée et que les diagnostics psychiatriques qu'ils présentent sont peu conformes aux critères diagnostics et fréquemment accompagnés d'autres troubles ou difficultés psychologiques (Krishnan et al., 2014; Narendorf, Bertram, & McMillen, 2011).

Bref, les problèmes des adolescents en centre jeunesse sont multiples, complexes et sévères. Il n'est donc pas surprenant de constater un important recours à la médication psychotrope et à plus d'un médicament psychotrope à la fois pour cette population. En effet, entre 21,0% et 49,0% des jeunes en foyer de groupe ou sous la protection de l'état ont une prescription de médication psychotrope (Handwerk et al., 2008; dosReis et al., 2005) alors qu'entre 2,2 et 7,0% des adolescents de la population générale reçoivent un traitement psychopharmacologique (Acquaviva et al., 2009; Zito et al., 2003).

Au Québec, une équipe de chercheurs a mesuré la prévalence du recours à la pharmacothérapie chez 131 enfants et adolescents résidant en centre de réadaptation et a évalué que 36,6% d'entre eux prennent au moins une médication psychotrope (Lafortune, Laurier, & Gagnon, 2004). La majorité de ces adolescents ont une prescription de psychostimulant (56,3%) et/ou d'antipsychotique (54,6%), alors que certains reçoivent un antidépresseur (27,6%), de la clonidine (11,2%), un stabilisateur de l'humeur (9,2%), un sédatif ou hypnotique (5,3%) et plus de la moitié d'entre eux prennent plus d'un médicament psychotrope à la fois (53,6%) (Laurier, Lafortune, & Collin, 2010).

Outre les questionnements et inquiétudes quant à l'importante utilisation de médicaments psychotropes chez les jeunes placés, une autre problématique impose une reconsidération du recours à ce type de traitement : la fréquente inobservance des jeunes hébergés de leur traitement psychopharmacologique. Une étude de Laurier, Lafortune et Collin (2010) auprès de 151 adolescents placés en centre de réadaptation révèle qu'environ 70% d'entre eux présentent des comportements d'inobservance, comparativement à 38,1% chez des enfants et adolescents atteints d'un trouble psychiatrique chronique vivant à la maison ou étant hospitalisés (Dean, Wragg,

Draper, & McDermott, 2011) ou 37% chez une population d'adolescents avec troubles de l'humeur vivant à la maison (Munson, Floersch, & Townsend, 2010).

Cet écart est considérable et inquiétant considérant que l'observance d'un traitement est essentielle à son efficacité (Llorca, 2008; Langer, 1999). En effet, il a été démontré que les patients qui ne prenaient pas leur médication tel que prescrit ont plus de risque de rechute et d'hospitalisation et que leur pronostic est plus négatif (Llorca, 2008; Olfson et al., 2000; Fenton, Blyer, & Heinssen, 1997). De plus, il devient ardu pour le médecin de juger de l'efficacité du traitement si le patient ne prend pas sa médication comme prévu. Ainsi, il y a risque de surmédicalisation alors qu'un traitement pharmacologique ne serait pas toujours réellement indiqué et donc de possible augmentation de ses effets secondaires et de sa complexité (Hardeman, Harding, & Narasimhan, 2010; DiMatteo, 1994).

L'utilisation et les conséquences préoccupantes de la médication psychotropes auprès des jeunes et l'observance problématique chez les adolescents placés requièrent un questionnement de la pertinence et de la gestion du traitement psychopharmacologique auprès de cette population. La présente étude fournira des informations quant au phénomène de l'observance et des facteurs y étant impliqués, particulièrement au niveau de l'expérience subjective des jeunes placés quant à leur traitement psychopharmacologique et leur médecin prescripteur. Ces informations pourront nourrir le débat concernant l'importante utilisation de la médication psychotrope chez les jeunes placés hors du milieu familial. Elle fournira une meilleure compréhension de leurs comportements d'observance et d'inobservance ainsi que du rôle de leurs perceptions relatives au traitement et à l'alliance de travail avec le médecin prescripteur en plus de révéler leurs préférences et désaccords sur ces sujets.

L'observance, ses conséquences et ses prédicteurs

L'observance d'un traitement pharmacologique est généralement définie dans les écrits scientifiques comme étant le degré avec lequel le patient prend sa médication tel que prescrit par le médecin (Julius, Novitsky, & Dubin, 2009; Osterberg & Blaschke, 2005; Hack & Chow, 2001; Charpentier, Goudeman, & Thomas, 2009; Haynes, Ackloo, Sahota, McDonald, & Yao, 2008; Elliott, Barber, & Horne, 2005; Langer, 1999).

Différents termes et définitions ont été attribués au concept d'observance dans les études et dans le milieu médical. Le terme « compliance » sous-entend que le patient doit suivre passivement les indications du médecin et que le traitement est indiscutable (Osterberg & Blaschke, 2005; Charpentier et al., 2009; Berk, Berk, & Castle, 2004; Langer, 1999). Étant donné sa connotation autoritaire, l'utilisation du terme « compliance » tend à être remplacée par les termes « observance » ou « adhésion » (*adherence*).

Le terme « observance » est privilégié dans de nombreuses études de par sa nature neutre qui ne sous-entend pas de jugement par rapport au comportement du patient face à sa prescription (McDonald, Garg, & Haynes, 2002; Haynes et al., 2008; Charpentier et al., 2009; Julius et al., 2009). De plus, il conçoit la personne recevant des soins comme un agent moins passif et soumis dans le suivi du traitement (Weiden & Rao, 2005).

Un autre terme mettant encore plus l'emphase sur la collaboration du patient et du médecin dans la mise en place et le suivi du traitement est le terme « concordance » (Marinker & Shaw, 2003; Vermeire, Hearnshaw, & Van Royen, 2001). Il met de l'avant l'importance de l'accord entre le médecin et le patient au niveau du choix et du suivi du traitement (Berk et al., 2004; Elliott & al., 2005; Stevenson, Britten, Barry, Bradley & Barber, 2002) et met l'accent sur le rôle

empathique que doit jouer le clinicien pour favoriser l'implication de la personne qui consulte dans les décisions liées au traitement (Vermeire et al., 2001).

Dans la présente étude, le terme « observance » a été privilégié puisqu'il ne sous-entend pas une soumission passive du patient et englobe les pratiques liées à la concordance sans y être exclusif (Vermeire et al., 2001).

Certains auteurs recommandent de scinder le concept d'inobservance en deux construits distincts : l'inobservance intentionnelle et non intentionnelle (Berk et al., 2004; Dean et al., 2011; Vermeire et al., 2001). Des études ayant mis en évidence des distinctions entre les deux types d'inobservance au niveau de leur prévalence et des facteurs liés à l'adoption de ces comportements (Sewitch et al., 2003; Cooper et al., 2007), il s'avère nécessaire de les considérer séparément. Une recension des écrits de Vermeire et collaborateurs (2001) concernant l'observance de la médication établit que les études comportent souvent des lacunes au niveau de la définition de l'observance et du manque de distinction entre les types de comportements examinés, lacunes que la présente étude tentera de combler.

L'observance du traitement pharmacologique joue un rôle majeur dans la réussite et l'efficacité de celui-ci (Llorca, 2008; Langer, 1999). Pourtant, de nombreuses études révèlent qu'une importante proportion de patients n'a pas tendance à prendre la médication tel que prescrite. Une méta-analyse de DiMatteo (2004) sur le suivi de la prescription de médication pour divers troubles physiques a établi que les taux d'observance mesurés dans 569 études vont de 4,6% à 100% avec une médiane de 76% et une moyenne de 75,2%. Cela veut dire que le taux d'inobservance moyen chez les patients en général est de 24,8%, ou qu'environ un patient sur quatre ne prend pas sa médication tel que prescrit.

Une méta-analyse de Cramer et Rosenheck (1998) a répertorié 34 études ayant évalué la prise de la médication psychotrope tel que prescrit chez des adultes recevant des antipsychotiques et antidépresseurs. Les auteurs ont démontré que le taux d'observance des prescriptions de médicaments antipsychotiques est de 58% en moyenne, avec des taux allant de 24% à 90%. Pour les antidépresseurs, le taux d'observance moyen est de 65% avec des taux allant de 40 à 90%. Le suivi de la prescription de médicaments pour les troubles de nature chronique, comme le sont certains troubles psychologiques, est plus faible que pour des troubles ponctuels (Cramer & Rosenheck, 1998; Kampman & Lehtinen, 1999). Pourtant, peu d'études se sont penchées sur l'identification des facteurs pouvant prédire l'observance du traitement psychopharmacologique malgré le risque de conséquences graves sur l'efficacité du traitement et donc le pronostic du patient.

Des études auprès d'adultes, d'enfants et d'adolescents ayant porté sur le phénomène de l'observance du traitement pharmacologique ou thérapeutique ont déterminé plusieurs facteurs prédictifs de ce comportement : l'âge, le genre, l'ethnicité, le type de médication ou de traitement, le type de maladie, de symptômes ou de trouble, la posologie et la complexité du traitement, ses coûts, ses effets secondaires, les attitudes du patient, des pairs, des proches et celles prônées par la société par rapport à la problématique et au traitement, le soutien et l'implication des proches relativement au suivi du traitement et la relation avec le clinicien et le personnel soignant (DiMatteo, Lepper, & Croghan, 2000; McGuinness & Worley, 2010; Cooper et al., 2007; Sewitch et al., 2004; Hack & Chow, 2001; Dean et al., 2011; Laurier et al., 2010; WHO, 2003).

Plusieurs études mettent de l'avant le rôle primordial des attitudes relatives au traitement et de la relation avec le clinicien au niveau des comportements d'observance et d'inobservance (Vermeire et al., 2001; Hamrin, McCarthy, & Tyson, 2010; DiMatteo, 2004; Oehl, Hummer, &

Fleischhacker, 2000). Tous les facteurs prédictifs de l'observance sont parfois interreliés et peuvent différer selon les caractéristiques de la population étudiée, le type de traitement et de maladie et le type de professionnel (Vermeire et al., 2001). Ils doivent donc être identifiés pour chaque population distincte.

Chez les adolescents ayant des problèmes de santé physique, différents facteurs liés à l'observance de leur traitement médical ont été étudiés. Une étude auprès de 20 adolescents atteints du VIH a démontré que de percevoir plus de bénéfices et moins de conséquences négatives par rapport au traitement, d'avoir plus de symptômes dépressifs et de percevoir la maladie comme une menace sont associés à l'observance du traitement médical (Garvie et al., 2011).

Pour les enfants et adolescents recevant une médication psychotrope, une étude de Dean et collaborateurs (2011) auprès de 84 jeunes de cette population démontre que le manque d'implication parentale dans le suivi du traitement, l'utilisation de plus d'un médicament psychotrope et la difficulté à se rappeler du dosage seraient des prédictifs de l'inobservance de la prescription. Un diagnostic de trouble développemental et l'utilisation d'antipsychotiques et de médicaments pour la santé physique seraient quant à eux des prédictifs de l'observance du traitement.

Une autre étude réalisée auprès de 86 adolescents recevant un traitement psychopharmacologique suite à leur internement en psychiatrie a identifié l'efficacité perçue de la médication psychotrope comme prédictif de l'observance et, à l'inverse, l'abus de substance comme prédictif de l'inobservance (Singer, 2003).

Hack et Chow (2001) recensent les facteurs liés à l'observance du traitement psychopharmacologique chez les enfants et les adolescents atteints de troubles de santé mentale. Les auteurs indiquent que les quelques études auprès des enfants et adolescents démontrent un lien

entre l'inobservance et le fait de ne pas aimer sa médication, avoir une pathologie plus importante et vivre moins de détresse. L'observance serait liée à une plus grande intelligence chez l'enfant, une plus grande perception d'autocontrôle et des symptômes modérés (Hack & Chow, 2001).

En fonction des études au sujet de l'observance chez les adultes, les auteurs recommandent aux cliniciens travaillant auprès des enfants et adolescents ayant des troubles de santé mentale de favoriser une bonne alliance de travail en questionnant les comportements d'observance et d'inobservance, en impliquant le patient dans les stratégies à adopter pour contrer les difficultés à ce niveau et en s'assurant de lui accorder assez de temps lors des rencontres (Hack & Chow, 2011). Ils indiquent également que d'éduquer les jeunes patients au sujet de leur traitement ainsi que de diminuer au maximum les coûts du traitement, sa complexité et sa lourdeur améliore l'observance (Hack & Chow, 2011).

Une revue de littérature par Hamrin et collaborateurs (2010) a également mis en évidence des facteurs impliqués dans l'observance du traitement psychopharmacologique chez les enfants et adolescents. Certains facteurs favorisent l'observance ou y sont positivement associés : les attitudes et croyances positives relatives à la médication psychotrope (efficacité perçue, sentiment d'autocontrôle et de choix personnel de prise de la médication, perception de pensées plus claires lors de la prise de médication), la confiance du jeune envers son médecin, l'éducation par le clinicien au sujet du traitement psychopharmacologique, une bonne alliance de travail avec le médecin et l'application de techniques d'entrevue motivationnelles de la part du soignant. D'autres facteurs défavorisent l'observance ou y sont inversement associés : les inquiétudes relatives à la médication, les effets secondaires, la stigmatisation par les pairs, le fait de se sentir différent des autres, la présence de plusieurs troubles à la fois et le fait d'être atteint d'un trouble d'opposition avec provocation ou d'abus de substance.

Chez les adultes en détention recevant une médication psychotrope pour un trouble de l'humeur, une étude auprès de 5 305 personnes de cette population a évalué que les femmes incarcérées et atteintes d'un trouble de l'humeur étaient moins susceptibles de respecter la prescription de leur traitement psychopharmacologique que les hommes détenus également atteints d'un trouble de l'humeur (Baillargeon, Contreras, Grady, Black, & Murray, 2000).

Il est reconnu que des pratiques prescriptives particulières existent en milieu carcéral. Des auteurs en font état en indiquant que les détenus reçoivent plus souvent une médication psychotrope que les gens de la population générale (Lafortune & Vacheret, 2009), que ceux-ci reçoivent plus souvent des médicaments qui pourraient être remplacés par d'autres plus récents, efficaces et moins nocifs (Baillargeon & Contreras, 2001; Baillargeon, Black, Contreras, Grady, & Pulvion, 2001) et que les femmes soient plus souvent médicamentées que les hommes (Lafortune et Vacheret, 2009). Bien que cela ne soit pas recensé dans la littérature scientifique, il arrive également que des médecins prescrivent une médication de façon préventive, c'est-à-dire qu'ils prescrivent une médication dont le patient n'a pas actuellement besoin, mais que ce besoin pourrait survenir dans un futur proche. Puisque la présence des médecins dans ce type de milieu est peu fréquente, il arrive que cette pratique soit privilégiée afin de s'assurer que le patient peut se procurer la médication s'il en ressent le besoin.

La théorie de l'autodétermination, la motivation et l'observance

La théorie de l'autodétermination (TAD) met en relation des concepts tels que le sentiment de compétence et la motivation avec l'adoption ou le rejet d'un comportement. La TAD conçoit la motivation comme un concept qui se situe sur un continuum d'autonomie et de contrôle allant de la motivation intrinsèque (adopter un comportement pour la satisfaction et le plaisir directement

associé à celui-ci) jusqu'à l'amotivation (l'absence de motivation), en passant par la motivation extrinsèque (relative à des éléments externes au comportement en soi, comme ses effets positifs ou l'évitement des conséquences négatives) (Deci & Ryan, 2000).

La motivation extrinsèque est également un concept continu dont les extrémités sont la motivation extrinsèque autonome ou interne (*self-determined*) et la motivation extrinsèque contrôlée ou externe (Deci & Ryan, 1987; 2000). Plus elle est autonome, plus elle découle d'un choix personnel de l'individu en accord avec ses valeurs, principes et objectifs personnels concernant le comportement à appliquer, par exemple, une personne pourrait faire de l'exercice pour être en bonne forme physique puisque cela est important pour elle. Plus elle est contrôlée et plus elle découle d'une influence externe qui presse ou oblige l'adoption de ce comportement, par exemple, une personne pourrait faire de l'exercice parce que son médecin lui a recommandé de le faire. Des études avancent qu'une motivation plus internalisée est prédicteur de l'application et le maintien d'un comportement, tel que l'observance d'un traitement pharmacologique (Williams, Ryan, Rodin, Grolnick, & Deci, 1998; Deci & Ryan, 1987).

La théorie de l'autodétermination décrit comment l'intervenant, le clinicien ou le médecin peut soutenir l'autonomie d'un patient afin de favoriser l'émergence d'une motivation plus interne et donc d'encourager l'adoption du comportement désiré. Deci et Ryan (2000) stipulent que pour qu'une motivation devienne de plus en plus internalisée, une personne significative, comme un professionnel de la santé, doit renforcer le sentiment de compétence du patient et soutenir son autonomie. Le développement de ce sentiment de compétence constitue, selon la TAD, un objectif poursuivi par chaque individu. Pour y parvenir, il lui faut se sentir et se percevoir comme efficace dans l'accomplissement de certaines actions, réussites et entreprises (Deci & Ryan, 2000).

En résumé, plus une personne se perçoit comme efficace, entre autres grâce à la reconnaissance de ses accomplissements et compétences par son entourage, plus elle se forge un sentiment de compétence qui lui permet de développer une motivation plus intrinsèque par rapport à l'adoption d'un comportement. Par ailleurs, le soutien à l'autonomie par autrui augmente significativement les chances qu'elle maintienne ce comportement dans le temps.

En concordance avec la TAD, des études démontrent que l'observance d'un traitement est meilleure lorsque le patient est impliqué dans les décisions relatives à ce dernier par les professionnels de la santé ou lorsque l'accent est mis sur le choix du traitement et son acceptation par le patient (Williams et al., 2006; Kyngäs, Hentimen, & Barlow, 1998; Austin, 2012; Williams, Cox, Kouides, & Deci, 1999).

Chez les adolescents diabétiques, une étude d'Austin, Sénécal, Guay et Nouwen (2011) auprès de 289 patients québécois indique que d'être une fille atteinte de la maladie depuis longtemps prédit un plus grand risque de comportements d'observance du traitement. Les auteurs expliquent ce résultat par l'introduction d'une variable médiatrice extraite de la théorie de l'autodétermination : le support à l'autonomie par autrui. Ces adolescentes atteintes du diabète depuis plus longtemps perçoivent un moins grand soutien à leur autonomie de la part de leur médecin que les patients plus adhérents à leur traitement. Cela explique partiellement leurs comportements d'observance en induisant un sentiment d'auto-efficacité plus faible et une motivation basée sur le contrôle externe plutôt que basée sur l'autonomie, qui elle serait associée à une meilleure observance (Austin et al., 2011; Deci & Ryan, 2000).

Austin et coll. (2011) indiquent que les médecins et le personnel soignant qui soutiennent l'autonomie du jeune le font en lui offrant des choix au niveau de son traitement et de ses modalités et en partageant avec lui les informations concernant le traitement et les raisons et objectifs de

celui-ci. Ceux qui contraignent l'autonomie du jeune le font plutôt en adoptant une attitude contrôlante et autoritaire (Austin et al., 2011).

L'observance et ses prédicteurs chez les jeunes placés hors du milieu familial

La présente étude se penche spécifiquement sur le phénomène de l'observance chez les jeunes placés en centre de réadaptation ou en foyer de groupe principalement puisqu'ils se font souvent prescrire une médication psychotrope, que leur taux d'observance est moins élevé que chez les autres populations étudiées et que malgré tout, le phénomène n'a été que très peu étudié à ce jour.

Des études ayant comparé les jeunes de la population générale et les adolescents sous la protection de l'état indiquent que les différences entre ces deux populations vont au-delà du taux d'observance. En effet, une étude de Moses (2008) auprès de 395 adolescents recevant une médication psychotrope et étant sous la protection de l'état indique que les jeunes sous la protection de l'état (centre de réadaptation, familles d'accueil ou biologique, foyers de groupes) sont moins réceptifs au traitement psychopharmacologique, moins impliqués dans la décision de prendre la médication, moins compétents et matures pour prendre des décisions relatives à leur traitement que les adolescents n'étant pas sous la protection de l'état. Aussi, le traitement psychopharmacologique est moins efficace et a moins d'impacts positifs sur l'image de soi des jeunes sous la protection de l'état que pour les autres (Moses, 2008).

Il semble également que l'effet de leurs moins grandes implication, réceptivité et capacité à décider de leur traitement et de ses composantes soit médié par leur faible niveau de fonctionnement global, la forte présence de troubles comorbides et de troubles du comportement

(Moses, 2008). Comme l'observance du traitement a été associée à l'implication du patient dans les décisions relatives au traitement, à son attitude positive par rapport à celui-ci, à l'efficacité perçue et aux impacts positifs de ce dernier sur le patient, les résultats de l'étude de Moses (2008) constituent une piste d'explication du plus faible taux d'observance de la population des jeunes placés.

Une recension des écrits concernant l'observance de la médication psychotrope chez des jeunes sous la protection de l'état ne résidant pas chez leurs parents (foyers de groupe, centres de réadaptation, familles d'accueil) indique qu'ils ne peuvent obtenir autant de soutien et d'implication d'un adulte significatif dans les décisions liées au traitement et le suivi de celui-ci que les jeunes résidant chez leurs parents (Longhofer, Floersch, & Okpych, 2011). En effet, le roulement de personnel et la présence de nombreux intervenants auprès des jeunes peuvent diffuser la responsabilité de l'encadrement du traitement psychopharmacologique (Longhofer et al., 2011). De plus, cela peut nuire aux transferts d'informations entre les professionnels et faire en sorte que le jeune reçoive plusieurs messages différents concernant son traitement. Cela peut affecter ses connaissances et sa compréhension de celui-ci et nuire à l'établissement de relations de confiance avec les intervenants, dont le médecin (rejet de l'autorité, méfiance, hostilité, peur de l'abandon ou de la perte) (Longhofer et al., 2011).

Une étude adoptant une méthodologie mixte réalisée auprès de 60 adolescents recevant une médication psychotrope et dont la majorité réside hors de la maison familiale (foyers de groupe, centres de réadaptation ou familles d'accueil) rapporte que 38% des jeunes patients sont engagés (*committed*) dans leur traitement psychopharmacologique (Moses, 2011). L'auteur définit cet engagement comme étant « l'intention de poursuivre la prise de la médication dans l'absence d'une influence ou d'une pression externe » (p.94). La plupart des jeunes rapportant avoir décidé

de prendre leur médication l'ont fait pour éviter des conséquences internes et externes relatives à la manifestation de leurs symptômes, ce qui semble correspondre à une motivation extrinsèque autonome, selon la théorie de l'autodétermination (TAD). En effet, le modèle de la TAD indique que ce type de motivation consiste en la volonté de faire le comportement par intérêt personnel et selon ses valeurs (Austin, 2012).

Le reste des jeunes de l'échantillon (62%) étudié par Moses (2011) ont été identifiés comme étant moins engagés par rapport à leur traitement psychopharmacologique, c'est-à-dire moins portés à prendre leur médication psychotrope en l'absence de pression externe (Moses, 2011). Cela pourrait correspondre cette fois à la motivation extrinsèque contrôlée qui, toujours selon la TAD, correspond à la manifestation d'un comportement qui a lieu par contrainte ou par intérêt externe tel que l'évitement de conséquences ou l'octroi d'une récompense (Austin, 2012).

Des jeunes moins engagés de l'étude de Moses (2011) se dégagent deux tendances : la tendance au désengagement proactif, qui implique la cessation intentionnelle de la prise de la médication des jeunes s'ils en avaient la possibilité, et le désengagement passif, qui implique la cessation non intentionnelle de la prise de la médication (oubli ou négligence) par les jeunes s'ils ne subissaient plus de pression externe (Moses, 2011). Les résultats de l'étude démontrent que les facteurs prédictifs d'un plus grand engagement du jeune envers son traitement sont la prescription d'antipsychotique, le soutien familial perçu et surtout, une plus faible perception du fait d'être contraint de suivre le traitement. Le modèle de régression incluant ces trois variables explique 70% de la variance de l'engagement par rapport au traitement psychopharmacologique. Cette étude a mis en évidence la nécessité d'accorder une importance primordiale aux capacités décisionnelles des jeunes, même dans un contexte médical, pour favoriser leur engagement dans le traitement.

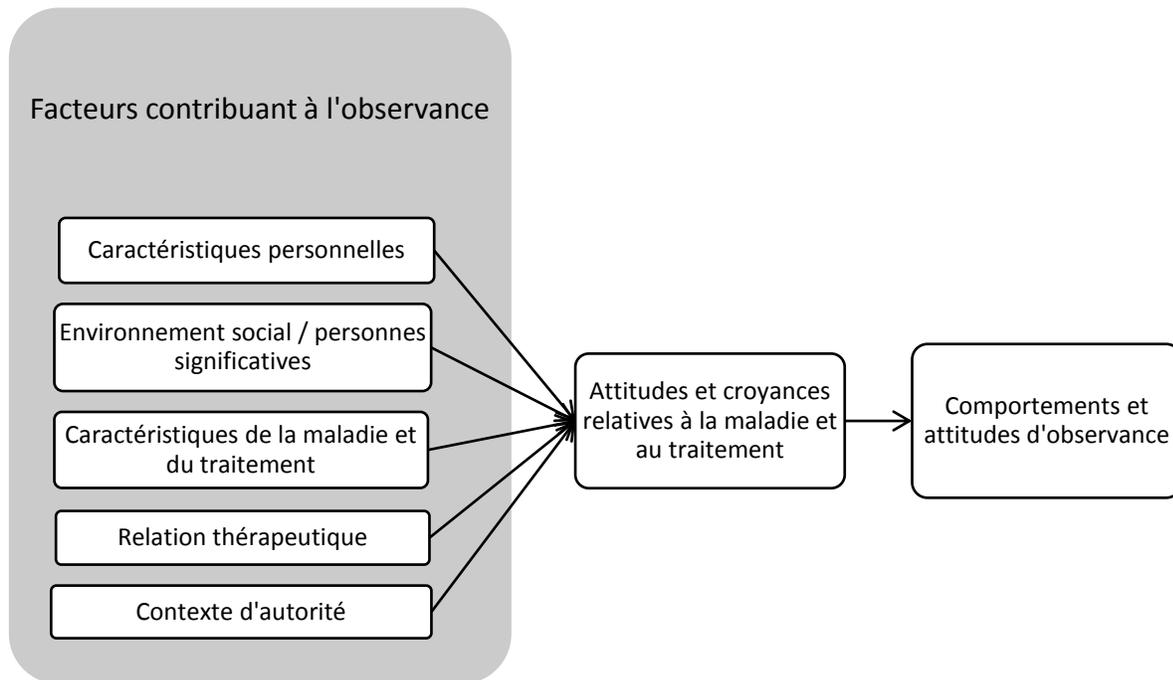
Au niveau des adolescents québécois en centre jeunesse, une étude de Laurier et coll. (2010) auprès de 151 jeunes a déterminé que pour les filles placées, la présence de symptômes d'anxiété est le seul prédicteur parmi ceux évalués par l'étude de l'inobservance de la médication psychotrope et des attitudes négatives par rapport au traitement psychopharmacologique. Chez les garçons, avoir un style d'adaptation basé sur les tâches (*task-oriented coping strategies*), avoir investi sa relation auprès de son médecin et de recevoir un antidépresseur constituent des facteurs prédicteurs des attitudes positives envers la médication psychotrope alors que d'avoir des problèmes de comportement prédit de plus faibles attitudes positives envers celle-ci (Laurier et al., 2010). Toujours chez les garçons, être au stade de l'action, en termes de préparation au changement, prédit l'observance alors que rapporter des comportements d'agression directe prédit une faible observance du traitement psychopharmacologique (Laurier et al., 2010). Les auteurs expliquent que les jeunes prêts à passer à l'action et changer adoptent plus de comportements d'observance puisqu'ils sont plus impliqués et motivés à le faire et que la prise de médication leur permet de prendre une part active dans le processus de changement (Laurier et al., 2010).

L'observance et ses prédicteurs chez les jeunes placés : un modèle conceptuel par Laurier et Lafortune (2007)

Suite à une revue de littérature des écrits sur l'observance et les particularités des adolescents en centre jeunesse, Laurier et Lafortune (2007) ont conçu un modèle de l'observance du traitement psychopharmacologique et de ses facteurs s'appliquant spécifiquement à cette population (Figure 1).

Au niveau des caractéristiques personnelles, Laurier et Lafortune (2007) indiquent que l'âge constituerait un facteur impliqué dans le phénomène de l'observance puisqu'en centre de

Figure 1. Modèle de l'observance des jeunes en centre de réadaptation selon Laurier et Lafortune (2007)



réadaptation, au fur et à mesure que le jeune vieillit, l'encadrement de la prise de la médication psychotrope diminue pour permettre une automatisation à ce niveau. De plus, en se basant sur des résultats d'études chez des adultes et des adolescents, les auteurs déterminent que des traits de personnalité tels que l'hostilité, l'agressivité, l'indépendance, le sentiment d'invulnérabilité et la crainte de la stigmatisation par les pairs seraient liés à l'inobservance des jeunes placés alors que l'aptitude et la volonté à suivre les recommandations du médecin et l'autonomie favoriseraient l'observance du traitement. Pour les facteurs liés aux personnes significatives et à l'environnement social du jeune, les attitudes des parents, des éducateurs et du médecin par rapport au traitement et au trouble auraient un impact positif ou négatif sur les comportements d'observance des adolescents placés. Le dysfonctionnement familial, une mauvaise communication parent-enfant et

des conflits familiaux au sujet de la médication psychotrope seraient associés à l'inobservance du traitement des jeunes en centre jeunesse.

Les facteurs liés à la maladie pouvant avoir un impact négatif sur l'observance sont le fait d'avoir un trouble psychiatrique complexe, d'avoir un diagnostic de trouble externalisé (qui peut entraîner soit de l'opposition ou des oublis de la prise de la médication), l'absence de détresse associée au trouble, les effets secondaires du traitement, le dégoût par rapport au comprimé ou la difficulté à l'avaler, la durée du traitement, sa complexité et ses coûts. L'utilisation d'un pilulier quant à elle favoriserait l'observance.

Un autre facteur pouvant être prédicteur des comportements d'observance des jeunes placés et recevant une médication psychotrope est la relation thérapeutique avec le médecin. Le style de communication du médecin et les informations et explications qu'il fournit au patient peuvent influencer positivement ou négativement l'observance du traitement, ce qui pourrait également être le cas pour les jeunes hébergés.

Le contexte d'autorité dans lequel évoluent les adolescents placés est également un facteur potentiellement prédicteur de l'observance selon Laurier et Lafortune (2007). Ce contexte limite l'autonomie des jeunes concernant le choix d'un traitement puisqu'il est imposé en fonction des médecins associés au centre et que la prise de médication est étroitement encadrée. Il minimise aussi leur autonomie au niveau des rencontres avec le médecin puisque les adolescents y sont souvent accompagnés de leur tuteur. Le type d'encadrement caractérisant le milieu où l'adolescent est hébergé permet soit une plus grande autonomie chez le jeune (foyers de groupe) ou au contraire, une autonomie limitée, voire très limitée (unités régulières ou unités d'encadrement intensif) dans la gestion de sa vie quotidienne, élément qui pourrait donc être associé à l'observance.

Selon le modèle conceptuel de l'observance des adolescents placés hors du milieu familial, tous les facteurs pouvant être impliqués dans le phénomène de l'observance influencent d'abord les croyances positives et négatives du jeune envers son traitement, présentées ici selon le *Health Belief Model* qui sera abordé plus loin, qui elles influencent à leur tour ses attitudes et comportements d'observance. Ce modèle demeure théorique et n'a pas encore été validé empiriquement, mais il est le seul à proposer une compréhension intégrée du phénomène de l'observance chez les adolescents placés recevant une médication psychotrope.

L'observance et les croyances relatives au traitement

La considération de l'expérience subjective des patients relativement à leur traitement est rarement prise en compte dans les études portant sur l'observance (Vermeire et al., 2001; Floersch et al., 2009). Pourtant, les données probantes indiquent que les croyances relatives au traitement des patients constituent un facteur prédicteur de leur observance (Lacro, Dunn, Dolder, Leckband, & Jeste, 2002; Awad, 2004; Chakraborty, Avasthi, Kumar, & Grover, 2009; DiMatteo, 1995; McCracken, Hoskins, & Eccleston, 2006; Phatak & Thomas, 2006). Certaines études ont même montré que les croyances par rapport au traitement sont les prédicteurs les plus puissants de l'observance (Fenton et al., 1997; Horne & Weinman, 1999; Oehl et al., 2000; Sajatovic et al., 2009).

Une étude de Horne et Weinman (1999) portant sur 324 patients adultes ayant une maladie chronique indique que la nécessité perçue de la médication est associée à une meilleure observance du traitement et que les inquiétudes par rapport à la prise de la médication y sont inversement associées. De plus, l'écart différentiel entre la nécessité perçue et les inquiétudes s'avère être un

prédicteur plus important du suivi de la prescription que les deux variables prises séparément (19% de variance expliquée) (Horne & Weinman, 1999).

Une autre étude a évalué le lien entre les croyances de 280 patients adultes atteints d'une maladie psychiatrique sévère et l'observance de leur traitement psychopharmacologique (Jonsdottir et al., 2008). Les résultats de l'étude démontrent que les patients adoptant des comportements d'inobservance présentent un degré de nécessité perçue de la médication plus faible et un degré d'inquiétude par rapport à la médication plus élevé que ceux qui respectent leur prescription.

Une méta-analyse de DiMatteo, Haskard, & Williams (2007) évaluant les liens entre les croyances relatives à la pharmacothérapie ou à la maladie et l'observance révèle que la sévérité de la menace perçue de la maladie dont le patient est atteint prédit fortement le suivi du traitement tel que prescrit alors que la faible menace perçue de la maladie en prédit l'inobservance.

L'observance et les croyances relatives au traitement chez les adolescents

L'expérience subjective des adolescents par rapport à la pharmacothérapie est différente de celle des adultes considérant les particularités de leur trouble (caractéristiques diagnostiques, chronicité des symptômes) et de leur traitement (type de médication psychotrope, durée du traitement, effets secondaires) ainsi que de leur stade développemental (Townsend, Floersch, & Findling, 2009).

Les adolescents transitent vers l'âge adulte par l'appartenance au groupe de pairs et le détachement de l'autorité parentale (Rappaport & Chubinsky, 1999), tâches développementales pouvant contrevenir à l'observance du traitement qui peut être perçue comme une tentative de contrôle sur eux, un frein au développement de leur autonomie ou un obstacle à leur sentiment

d'invulnérabilité (Rappaport & Chubinsky, 1999). De plus, les effets secondaires de la médication psychotrope, particulièrement ceux se faisant sentir au niveau de l'image corporelle, peuvent constituer une grande source d'inquiétude et d'inconfort avec la prise de la médication pour les adolescents (Rappaport & Chubinsky, 1999). Finalement, la peur de la stigmatisation par les pairs peut également nuire à l'observance chez les jeunes.

Les adolescents comprennent et perçoivent les traitements à partir de croyances découlant de leur propre expérience du traitement et de l'interprétation de cette expérience par leurs parents et le médecin (Floersch et al., 2009).

Une étude récente de Emilsson et coll. (2017) auprès de 101 patients adolescents atteints de TDAH recevant une médication psychotrope va dans le même sens que l'étude présentée précédemment de Horne et Weinman (1999) en démontrant que l'écart entre la nécessité perçue de la médication et les inquiétudes s'y rapportant ainsi que les effets secondaires perçus prédisent l'inobservance au traitement psychopharmacologique avec une variance expliquée de 21% dans le cas de l'inobservance globale, 24% pour l'inobservance intentionnelle et 12% pour l'inobservance non intentionnelle.

Une étude auprès de 133 adolescents ayant des problèmes de santé chronique a évalué que les croyances relatives au traitement et à la maladie prédisent l'observance de la médication psychotrope (22% de variance expliquée) (Riekert & Drotar, 2002). Ce sont plus précisément les attentes quant aux effets négatifs de la prise de la médication (ex. : effets secondaires, stigmatisation...) qui défavorisent l'observance.

Une étude de Moline et Frankenberger (2001) auprès de 651 adolescents recevant un psychostimulant révèle que plus du tiers des jeunes désiraient cesser la médication psychotrope, légèrement moins de la moitié des jeunes voulaient continuer de la prendre et près d'un jeune sur

quatre se disait indécis. Les jeunes déclaraient que l'effet bénéfique le plus important de leur médication est que leurs parents et professeurs les aiment davantage lorsqu'ils en sont sous l'effet. D'ailleurs, la réussite scolaire est l'effet bénéfique de la médication le moins souvent rapporté par les participants de l'étude, malgré que cela constitue un objectif du traitement. En fait, ceux-ci attribuent davantage leurs habiletés attentionnelles à leur intérêt pour la tâche qu'à un trouble neuropsychologique permanent (Moline & Frankenberger., 2001), ce qui a un impact sur la nécessité perçue de leur traitement psychopharmacologique. L'efficacité perçue de la médication sur l'attention à l'école et le fait d'aimer prendre la médication sont des facteurs prédicteurs de l'envie de continuer à la prendre. Les effets secondaires du traitement, quoique fréquemment rapportés, ne prédisent pas l'envie de cesser ou de continuer à faire usage de la médication psychotrope.

Une étude qualitative de Floersch et collaborateurs (2009) a exploré les croyances relatives au traitement et à la maladie mentale de 20 adolescents recevant une médication psychotrope. Il semble que les adolescents comprennent leur traitement et agissent sur celui-ci en fonction de leurs inquiétudes relativement au trouble dont ils sont atteints, la nécessité perçue de la médication, leur perception du fonctionnement de celle-ci, la gestion de leurs activités quotidiennes et l'influence des parents et des professionnels de la santé et leurs attitudes envers la pharmacothérapie (Floersch et al., 2009).

Dans cette étude, au niveau des expériences positives avec le traitement, la majorité des adolescents interviewés reconnaissent le changement comportemental et/ou émotionnel qu'a provoqué la médication au niveau de leur trouble ou leurs symptômes. Plusieurs jeunes identifient également des effets bénéfiques secondaires de la médication psychotrope tels que les aider dans leur relation avec les pairs, dans leur travail scolaire et à la maison. Certains adolescents

entretiennent de grandes attentes relativement à leur traitement comme diminuer le stress à la maison, guérir leur trouble et empêcher les manifestations de colère (Floersch et al., 2009). Du côté des expériences négatives relativement au traitement psychopharmacologique, plusieurs jeunes de l'étude de Floersch et coll. (2009) souhaitent qu'il soit simplifié. Aussi, la grande majorité des jeunes rapportent vivre des effets secondaires liés à la médication psychotrope et certains rapportent être inquiets des effets indésirables de la médication comme la dépendance, le fait d'être trop heureux, excité ou la tendance à agir différemment.

Les auteurs de l'étude indiquent que la nécessité perçue de la médication et la perception positive de celle-ci seraient intimement liées aux attentes et espoirs des jeunes relativement aux effets du ressentis. Si ces attentes sont comblées et ces espoirs fondés, il est fort probable que les jeunes adoptent une attitude positive envers le traitement (Floersch et al., 2009). Si au contraire, les attentes des jeunes sont déçues (effets secondaires, attentes trop élevées...) ou les effets du traitement sont imperceptibles (faible compréhension du trouble, trouble ne causant pas de détresse psychologique ou en synchronie avec le soi), il y a des risques que les jeunes perçoivent leur traitement négativement et n'en reconnaissent pas sa nécessité (Floersch et al., 2009).

L'observance et les croyances relatives au traitement chez les jeunes placés

L'expérience subjective des jeunes placés hors du milieu familial par rapport à leur traitement pharmacologique et ses liens avec l'observance et l'inobservance ont été très peu étudiés.

Un article critiquant le système de soins en santé mentale auprès des jeunes sous la protection de l'état soulève l'inquiétude de renvoyer à ces adolescents une image d'eux comme étant anormaux lorsqu'un médicament psychotrope leur est prescrit (McKay, 2007).

Une étude de Lee et coll. (2006) a évalué qualitativement les attitudes de 389 adolescents en famille d'accueil par rapport à leur expérience avec les services de santé mentale, incluant le traitement psychopharmacologique. Aucune attitude positive n'a été relevée chez les jeunes au sujet de leur médication comme telle. Plusieurs des participants perçoivent des effets positifs de leur prise en charge en santé mentale, mais les attribuent principalement à leur travail avec leur thérapeute.

Au niveau des expériences négatives, plusieurs jeunes de l'étude de Lee et coll. (2006) rapportent entretenir des inquiétudes au sujet de leur traitement, plus particulièrement au sujet de leur médication psychotrope. Certains sont en désaccord avec l'utilisation de médicaments psychotropes, d'autres doutent de son efficacité et de sa nécessité, des jeunes pensent être surmédicamentés et d'autres trouvent que leur traitement leur était imposé (Lee et al., 2006). Les auteurs expliquent ces attitudes négatives par la déception que ces jeunes peuvent vivre envers leur traitement relativement à leurs attentes ou besoins (Lee et al., 2006). Les auteurs ne lient pas les attitudes des jeunes avec l'observance de la médication, mais ils ont observé que, malgré leurs attitudes négatives envers la médication psychotrope, l'utilisation de celle-ci n'a pas changé dans le temps (Lee et al., 2006).

Une autre étude a évalué les attitudes de 214 adolescentes incarcérées envers le traitement psychopharmacologique, qu'elles en suivent un ou pas (Williams, Hollis, & Benoit, 1998). Les résultats de l'étude démontrent que les jeunes filles sont partagées quant à la perception d'une amélioration des symptômes due à la médication psychotrope. Plus de la moitié s'inquiètent que la médication puisse nuire à leur santé physique et cela représente l'inquiétude la plus fréquente (Williams et al., 1998). Plusieurs participantes rapportent que la médication est difficile à avaler ou goûte mauvais, qu'elle pourrait changer leur personnalité et les empêcher d'être elles-mêmes

et qu'elle ne devrait pas être nécessaire pour des problèmes qu'elles devraient pouvoir régler seules (Williams et al., 1998). Les filles recevant une médication psychotrope ont moins d'inquiétudes que les autres n'en recevant pas, ce qui indique que généralement, les attitudes négatives envers le traitement psychopharmacologique diminuent avec l'expérience du traitement (Williams et al., 1998). L'étude de Williams et coll. (1998) remarque une grande diversité de croyances dont certaines sont parfois contradictoires et que chez les filles, l'ambivalence entre les bénéfices perçus et les inquiétudes est souvent présente. Encore une fois, cette étude n'évalue pas le lien entre les croyances et l'observance.

Une étude qualitative de Moses (2011) auprès d'adolescents dont la majorité provient de milieux externes à la maison familiale (foyers de groupe, centres de réadaptation et familles d'accueil) recense les expériences subjectives des jeunes selon qu'ils se définissent comme engagés dans leur traitement ou moins engagés dans celui-ci. Les expériences subjectives des jeunes engagés dans leur traitement psychopharmacologique se regroupent sous cinq grands thèmes : la perception du choix du traitement, l'efficacité (*helpfulness*) perçue de la médication, l'absence d'inquiétudes au sujet des effets secondaires ou des effets négatifs à long-terme, la nécessité perçue de la médication et le fait de la considérer comme faisant partie de leur routine de vie.

Pour les jeunes de l'étude de Moses (2011) qui sont moins engagés dans leur traitement, les expériences subjectives rapportées diffèrent : ils se sentent obligés de prendre la médication, ils s'inquiètent des effets secondaires à court et long terme, ils trouvent la médication dérangeante, ils perçoivent de la stigmatisation relativement à celle-ci, ils la perçoivent comme inutile et inefficace, ils n'ont pas confiance en leur médication psychotrope ou leur médecin prescripteur,

ils sont inquiets des effets négatifs à long terme de leur traitement psychopharmacologique et se préfèrent « tels qu'ils sont » sans les effets de ce dernier.

Modèle conceptuel de la relation entre l'observance et les croyances relatives au traitement : *Health Belief Model*

Une étude de Hamrin et collaborateurs (2010) avance que la théorie cognitivo-comportementale de l'échange social pourrait constituer un modèle explicatif des comportements d'observance chez les jeunes recevant une médication psychotrope. La théorie de l'échange social indique principalement que les décisions des personnes visent à maximiser les bénéfices (récompenses, plaisir...) et minimiser les coûts (conséquences négatives, exigences ...) (Nye, 1979).

À travers une recension des écrits sur l'observance et les facteurs prédictifs de celle-ci, Hamrin et coll. (2010) identifient plusieurs « coûts » associés à la prise de la médication psychotrope dans la littérature scientifique qui pourraient faire pencher la balance du côté des inconvénients et donc défavoriser l'observance de la médication : les effets secondaires, les inquiétudes relatives à la médication psychotrope et la stigmatisation associée à la maladie mentale. L'étude met aussi en évidence des bénéfices du traitement psychopharmacologique qui pourraient encourager l'adoption de comportements d'observance chez les enfants et adolescents comme une meilleure qualité de vie, une diminution des symptômes et des conséquences négatives liées aux symptômes (Hamrin et al., 2010).

Hamrin et coll. (2010) rapportent également que l'éducation du jeune patient au sujet de son traitement psychopharmacologique et de son trouble de santé mentale favorise l'observance.

Ils expliquent ce lien par le fait que l'éducation permet souvent d'augmenter les bénéfices perçus associés au traitement (Hamrin et al., 2010).

Le *Health Belief Model* (HBM) va dans le même sens que la théorie de l'échange social en postulant que les comportements adoptés par un patient par rapport à son problème de santé physique ou mentale sont choisis en fonction des coûts et des bénéfices perçus de chacun de ces comportements, y compris l'observance de la prescription de médication (Kikkert et al., 2006; Fenton et al., 1997; DiMatteo, 1995; Weiden & Rao, 2005). Cette évaluation des coûts et bénéfices perçus d'un comportement de santé découle de deux grandes croyances permettant d'envisager de l'adopter, soit le désir de ne plus être malade ou d'être en bonne santé et la croyance que le comportement en question va faciliter l'atteinte de ce désir (Janz & Becker, 1984). Ces croyances se divisent en quatre dimensions : la susceptibilité d'être atteint de la maladie, la sévérité perçue de la maladie, les bénéfices perçus du comportement de santé et les obstacles perçus de son adoption (Janz & Becker, 1984).

Des études ont démontré le pouvoir de prédiction des comportements d'observance du traitement pharmacologique de deux croyances qui englobent les quatre dimensions de croyances proposées par le HBM : la nécessité perçue du médicament pour maintenir ou améliorer leur condition de santé (*necessity*) et les inquiétudes par rapport aux risques potentiels liés à la prise de la médication (*concerns*) (Horne & Weinman, 1999; Clifford, Barber, & Horne, 2008). Celles-ci sont élaborées à partir des croyances qu'entretiennent les patients au sujet de la médication en général et de leur médication en particulier (Laurier & Lafortune, 2007).

Horne et Weinman (1999) ont également démontré que la prise en considération conjointe de la nécessité perçue et des inquiétudes liées au traitement prédit mieux l'observance que les deux variables séparément. Donc, plus le patient entretient de croyances relatives à la nécessité perçue

de la médication et moins il a d'inquiétudes par rapport à celle-ci, plus il serait observant et vice-versa.

Le HBM est toutefois un modèle réducteur qui néglige plusieurs aspects des croyances et attitudes des patients envers leur traitement. Il ne prend pas en considération toute l'expérience subjective des patients concernant leur traitement et implique uniquement les aspects cognitifs et comportementaux de cette expérience en oubliant les aspects contextuels, sociaux, culturels, émotionnels et identitaires des croyances des patients. Toutefois, il a su démontrer sa pertinence par la validation empirique de ses forts liens avec le phénomène de l'observance.

L'observance et l'alliance de travail avec le médecin

Au départ, la relation médecin-patient était considérée selon un modèle paternaliste où le médecin adopte une position d'expert et qu'il dicte au patient le comportement à suivre, ce dernier étant perçu comme en état de dépendance (Giroux, 2016). Par la suite, différents modèles ont été proposés à la communauté médicale tels que le modèle actif-passif où le médecin prend en charge le patient parce que celui-ci est dans l'incapacité de le faire, le modèle de guide-coopérant où le patient vulnérable décide de remettre le pouvoir décisionnel dans les mains du médecin et le modèle de participation mutuelle où le médecin et le patient travaillent sur un pied d'égalité et dans lequel le patient est actif dans la prise de décision concernant ses soins (Giroux, 2016).

L'importance grandissante accordée à l'alliance thérapeutique dans le milieu médical suit la tendance actuelle voulant que le patient soit davantage impliqué dans les décisions concernant son traitement, comme le stipule le modèle de participation mutuelle (Dubyna & Quinn, 1996; Stevenson et al., 2002; Berk et al., 2004). En effet, pour qu'il y ait alliance, il doit y avoir collaboration des deux parties afin d'en arriver à un accord au sujet des buts et des moyens à

utiliser dans un contexte relationnel teinté d'affectivité (Horvath, 1994). Dans le milieu de la santé, l'accent est davantage mis sur l'égalité dans la relation entre le médecin et le patient où chacune des deux parties doit être en accord avec les décisions concernant le traitement au profit de la position autoritaire et directive plus traditionnelle du médecin (Berk et al., 2004; Vermeire et al., 2001).

La participation du patient aux décisions concernant son traitement est de plus en plus préconisée et encouragée dans les milieux de pratique afin de favoriser une bonne alliance de travail (Bennett, 2008, Dubyna & Quinn, 1996; Thomas, Alptekin, Mauri, Olivares, & Riedel, 2009; Mead, Bower, & Hann, 2002) et une meilleure adhérence aux comportements de santé (Berk et al., 2004; Deci & Ryan, 2008b). En effet, le partenariat entre le médecin et son patient est plus souvent préconisé vu la facilité d'accessibilité de l'information médicale pour le grand public, la hausse de la prévalence des maladies chroniques impliquant une relation à plus long-terme ainsi que la prise en charge plus autonome des traitements par les patients, l'importance grandissante accordée à l'*empowerment* du patient et la conception élargie de la personne du patient qui est passée d'uniquement biologique à biopsychosociale (Giroux, 2016; Fuertes et al., 2007).

L'alliance de travail du médecin et de son patient est une des composantes du modèle relationnel médical patient-médecin centré sur le patient. Une alliance de travail de qualité suppose que le patient et son médecin sont en accord avec les buts et objectifs du traitement, le traitement comme tel et ses composantes et qu'ils aient développé une relation de confiance et d'appréciation mutuelle (Fuertes et al., 2007).

Des auteurs avancent que l'aspect affectif de l'alliance de travail entre le médecin et son patient peut aider le patient en comblant ses besoins en tant qu'individu malade et donc vulnérable, angoissé et en détresse (Fuertes et al., 2007; Suchman & Matthews, 1988). Quant à l'accord au

sujet des décisions médicales, cela augmenterait la confiance mutuelle, permettrait une meilleure communication entre le médecin et son patient, augmenterait la satisfaction du patient quant à son suivi médical et favoriserait l'adhésion du patient à ces décisions (Fuertes et al., 2007).

En effet, de nombreuses études ont entre autres lié la qualité de l'alliance de travail avec les comportements d'observance chez des patients souffrant de troubles physiques comme psychologiques (Zeber et al., 2008; Lacro & al., 2002; Fenton et al., 1997; Fuertes et al., 2007; Shrank et al., 2009; Awad, 2004; Keller, Hirschfeld, Demyttenaere, & Baldwin, 2002) et les croyances relatives à la médication des patients (Strauss & Johnson, 2006; DiMatteo, 2003; Fuertes et al., 2007). Certaines études indiquent même que l'alliance de travail serait le facteur le plus déterminant dans la prédiction des comportements d'observance (Zolnierek & DiMatteo, 2009; DiMatteo, 2003; DiMatteo, 1995; Holzinger, Loffler, Muller, Priebe, & Angermeyer, 2002; Llorca, 2008; Maly, Leake, Frank, DiMatteo, & Rueben, 2002).

D'autres études situent l'objectif du développement d'une bonne alliance de travail avec la personne qui consulte au centre du plan d'intervention pour favoriser les meilleurs résultats du traitement (Thomas et al., 2009; Julius et al., 2009). En effet, une alliance de mauvaise qualité ou l'absence d'alliance entre le médecin et son patient peut être lié à une mauvaise observance non intentionnelle (Sewitch et al., 2004) ou à l'échec du traitement (DiMatteo, 1998).

Aussi, des études examinant la relation entre la qualité de l'alliance de travail, l'observance du patient et ses croyances relatives à la médication ont démontré que la perception de la qualité de l'alliance par le patient a la plus grande influence sur les deux autres variables (Langer, 1999; Moses, 2004). Une étude de Zeber et collaborateurs (2008) a mesuré le lien entre l'observance du traitement psychopharmacologique et la qualité de l'alliance telle que perçue par la personne qui consulte chez 435 adultes ayant un trouble bipolaire. Les résultats de l'étude indiquent qu'une

alliance de travail positive est significativement reliée au taux d'observance chez les patients (taille d'effet de 13% à 20%) (Zeber et al., 2008).

Une étude de Weiss, Smith, Hull, Piper et Huppert (2002) a obtenu des résultats semblables chez 162 adultes atteints d'un trouble psychotique. L'étude révèle que la qualité de l'alliance de travail est le prédicteur le plus fortement et constamment associé à l'observance de la prescription de médication par le patient (Weiss et al., 2002).

Toutefois, à travers les études, le concept d'alliance est souvent mal défini, voire non défini (Berk et al., 2004). Les composantes de l'alliance de travail en jeu dans les études la liant à l'observance et aux croyances relatives au traitement ne sont souvent pas identifiées ni même distinguées.

Malgré tout, certaines études ont tenté d'identifier les composantes de l'alliance de travail qui favorisent l'observance du traitement ainsi que les comportements et attitudes du médecin qui entraînent l'établissement d'une alliance de travail de qualité avec le patient (Vermeire et al. 2001). Une étude de Baumann, Baumann, Aubry et Alla (2005) a déterminé que les attitudes professionnelles des médecins favorisant l'alliance de travail avec leurs patients et l'observance de ces derniers à partir d'entrevues effectuées avec 40 adultes recevant un traitement médicamenteux. Les attitudes professionnelles se regroupent sous trois thèmes : la fonction d'information où le clinicien fournit de l'information claire au patient sur le traitement et ses effets secondaires, la fonction de communication où le médecin écoute la personne qui consulte et ses questions sur le traitement et la fonction d'éducation où il encourage l'observance du traitement, traitement découlant de l'accord entre le soignant et le patient (Baumann et al., 2005).

Une revue de littérature de DiMatteo (1995) sur les éléments de la communication entre le médecin et le consultant pouvant favoriser l'observance du traitement psychopharmacologique

indique qu'une communication efficace et exacte de l'information, l'empathie, la sensibilité et le soutien face au vécu émotionnel du patient et l'établissement d'une confiance mutuelle sont essentiels à l'observance du traitement en plus d'augmenter la satisfaction du patient et son rappel des éléments d'information transmis.

Toujours selon la recension des écrits de DiMatteo (1995), un médecin qui se limiterait à discuter des symptômes sans s'attarder à l'expérience de la personne qui consulte et sa détresse, qui le presserait, dévaloriserait son point de vue, serait irrespectueux et peu à l'écoute risque d'influencer négativement la qualité de l'alliance de travail avec celui-ci en plus de limiter le partage des questionnements et inquiétudes du patient envers son traitement et ses difficultés relatives à celui-ci (inobservance, effets secondaires...).

DiMatteo (1995) énonce également que l'observance est fortement associée à l'implication du patient dans son traitement et les décisions relatives à celui-ci. Cette implication nécessite une bonne communication et une bonne collaboration entre le médecin et l'individu qui consulte, éléments favorisés par les contributions du clinicien susmentionnées.

Une autre revue de littérature au sujet de l'observance du traitement des patients identifie de nombreuses variables relatives à la relation entre le patient et le médecin qui sont régulièrement fortement associés à l'observance et souvent mises de l'avant dans les interventions visant à l'améliorer (Vermeire et al., 2001). Les caractéristiques du médecin favorisant l'observance sont d'être amical et accessible, collaboratif, centré sur le patient et son expérience, éducatif au sujet du trouble et du traitement et capable d'identifier adéquatement la problématique du patient (Vermeire et al., 2001). Le clinicien doit également être actif dans le développement et le maintien de la motivation du patient, de sa compréhension et de son rappel des informations transmises pour encourager l'adoption de comportements d'observance (Vermeire et al., 2001).

Vermeire et coll. (2001) affirment de surcroît que la relation entre le soignant et le patient devrait être respectueuse du droit du patient à l'autodétermination et que le médecin devrait donc mettre l'emphase sur l'autonomie du patient dans le processus de traitement. Cette conclusion va dans le même sens qu'une autre revue de littérature effectuée par Berk et collaborateurs (2004) qui relève que les patients observant mieux leur traitement sont les plus impliqués dans la planification du traitement et ceux dont les cliniciens comprennent le mieux les attentes et demandes, par exemple en les suscitant dès la première rencontre. L'étude stipule également que les indications claires du médecin, une discussion relative aux effets secondaires du traitement, une compréhension mutuelle de l'expérience subjective du patient avec son trouble et du sens de celui-ci peuvent avoir un impact positif sur l'observance (Berk et al., 2004).

L'observance et l'alliance de travail avec le médecin chez les adolescents

Aucun modèle de l'alliance de travail ne semble avoir été élaboré spécifiquement pour les adolescents malgré l'accumulation des connaissances à ce sujet qui suggèrent que les composantes de l'alliance et les facteurs associés à cette alliance différeraient chez cette population (Zack, Castonguay, & Boswell, 2007). En effet, il semble que l'alliance avec les adolescents soit constituée de deux composantes principales plutôt que trois comme c'est souvent le cas chez les adultes (Zack et al., 2007). Elle comprend un lien affectif entre le jeune et son clinicien et un lien collaboratif où ils en arriveraient à se mettre d'accord sur les buts et tâches relatifs au traitement (Zack et al., 2007). Chez les adultes, l'accord au sujet des objectifs est considéré distinctement de l'accord au sujet des tâches.

Différentes explications concernant ces différences au niveau de l'alliance entre les adultes et les adolescents sont fournies par les études auprès de ces derniers. Une revue de littérature de

Zack et collaborateurs (2007) indique que les adolescents ont des habiletés cognitives moins élaborées que les adultes compte tenu de leur stade développemental. Les jeunes ont plus de difficulté à penser de façon hypothétique, à généraliser en dehors du contexte des rencontres avec le clinicien et à repousser loin dans le temps la récompense ou le résultat de leur travail. Cela limite leur capacité à entrevoir des objectifs abstraits ou à long terme et de les lier aux tâches du traitement qui sont concrètes et immédiates (Zack et al., 2007).

De plus, les problématiques des jeunes sont souvent identifiées par des observateurs externes qui eux vont les référer au clinicien pour un traitement, ce qui fait que les patients adolescents sont souvent peu au fait de leurs difficultés et des impacts potentiels de celles-ci, perçoivent une plus faible nécessité du traitement et des rencontres avec le clinicien et se situent donc fréquemment au stade précontemplatif de changement lors de l'initiation du traitement (Zack et al., 2007; Everall & Paulson, 2002). Il semble que cela ne soit pas lié à des incapacités chez les jeunes à comprendre et à reconnaître leurs difficultés et les objectifs du traitement, mais plutôt au fait qu'ils ne les comprennent pas et ne les perçoivent pas de la même façon que les adultes référents ou traitants (Zack et al., 2007). Pour la dyade jeune-clinicien, il est alors plus difficile d'en arriver à un consensus au sujet de la compréhension des difficultés du jeune (objectifs) et du choix du traitement (tâches), deux éléments directement liés à l'alliance (Everall et al., 2002).

Aussi, dû au développement cognitif des adolescents moins élaboré que chez les adultes, une adaptation du langage et de la communication des informations par le médecin au jeune patient est primordiale dans l'établissement d'une compréhension mutuelle et d'une collaboration patient-clinicien (Shashank, 2006; Richard & Lussier, 2016).

Un autre élément lié au stade développemental de l'adolescent qui peut compliquer l'installation de l'alliance de travail avec le clinicien est le processus de séparation-individuation

que tout jeune accomplit à cet âge (Zack et al., 2007). En effet, les adolescents tentent de se détacher des adultes et de l'autorité afin de devenir des personnes autonomes et indépendantes. Le fait d'adhérer à des demandes de traitement de la part des cliniciens, des parents ou toute autre personne en contexte d'autorité (éducateur, professeur) peut contrarier cette tendance normale du développement des adolescents et donc les inciter à s'y opposer, ce qui rend plus difficile l'établissement d'une collaboration entre le jeune patient et le clinicien. Des études ont effectivement démontré que la résistance était plus courante chez les adolescents, particulièrement chez ceux ayant un trouble externalisé, ce qui peut compliquer l'établissement d'une alliance de qualité (Zack et al., 2007; Laurier et al., 2010; Dean et al., 2011).

Finalement, les cliniciens doivent s'adapter aux changements dans la personnalité due à la maturité cognitive, émotionnelle, sociale, physique, à l'établissement de l'identité et au stade développemental du jeune. Par exemple, une étude de Gavin, Wamboldt, Sorokin, Levy et Wamboldt (1999) auprès de 60 adolescents atteints de l'asthme a démontré que les adolescents plus âgés avaient plus de chance d'établir une alliance de travail au sujet des buts du traitement que les adolescents plus jeunes. Aussi, la conceptualisation et compréhension du monde des jeunes évolue et peut changer rapidement (Everall et al., 2002), ce qui suppose que leurs objectifs de vie, leurs priorités et leurs attitudes concernant leur médecin et leur traitement peuvent fluctuer et varier fréquemment dans le temps, ce qui peut rendre l'établissement et le maintien de l'alliance plus ardu.

Une étude qualitative d'Everall et collaborateurs (2002) a tenté de mettre en évidence la façon dont les adolescents conceptualisent l'alliance de travail avec leur thérapeute en distinguant les aspects positifs et négatifs vécus par les ces derniers au sein de la relation. Les résultats tirés d'entrevues menées avec 18 adolescents de la communauté suivant une thérapie avec un

psychologue, psychiatre ou un intervenant indiquent que trois composantes sont centrales pour eux concernant l'alliance thérapeutique : l'environnement thérapeutique (incluant le contexte de traitement, son fonctionnement et le rôle de chacun), la perception de la relation comme étant spéciale et unique et les caractéristiques du soignant (Everall et al., 2002).

Les participants à l'étude d'Everall et coll. (2002) indiquent avoir eu des appréhensions envers le traitement et s'y rendre avec méfiance puisqu'ils associaient thérapie avec folie et anormalité et qu'ils craignaient une relation basée sur l'autorité. La clarification du fonctionnement de la thérapie, surtout au niveau de la confidentialité et de ses limites, des objectifs de celle-ci et des rôles de chacun à travers les explications claires et adaptées, les comportements et les attitudes du clinicien ont fortement contribué à l'engagement des jeunes dans le processus et l'alliance en augmentant leur confiance et leur sécurité envers lui (Everall et al., 2002).

Toujours selon l'étude d'Everall et coll. (2002), la relation particulière que les adolescents rapportent vivre avec leur thérapeute est positive lorsque perçue comme égalitaire (élément principal de leur engagement dans la relation thérapeutique), respectueuse et basée sur la confiance mutuelle (Everall et al., 2002). Les jeunes ont l'impression qu'ils peuvent se sentir compris et libres de s'exprimer et d'être eux-mêmes grâce au soutien, à l'écoute, à la compréhension, à l'inconditionnalité, à l'impartialité, à la validation et au respect offerts par leur thérapeute. Par contre, une relation perçue comme étant inégalitaire, où le thérapeute se situe dans un rôle d'expert ou d'autorité et qui est peu sensible à l'expérience du jeune, défavorise l'établissement d'une alliance thérapeutique (Everall et al., 2002).

Au niveau du clinicien plus spécifiquement, les jeunes de l'étude identifient son authenticité, son ouverture, sa gentillesse et son intérêt envers le jeune et son bien-être comme contribuant positivement à l'alliance (Everall et al., 2002). Ces observations ont toutefois été faites

dans un cadre relationnel distinct de celui du médecin prescripteur et du patient adolescent recevant un traitement psychopharmacologique. Il est donc fort possible que ce modèle ne soit pas tout à fait généralisable à ce type de relation. De plus, aucun lien n'a été fait avec l'observance de la thérapie.

Malgré l'absence de consensus et de modèle de l'alliance avec les adolescents, il semble que celle-ci soit, comme pour les adultes, un déterminant important des résultats positifs du traitement (Shirk & Karver, 2003; Karver, Handelsman, Fields, & Bickman, 2006). Il est toutefois difficile de déterminer quels facteurs ou éléments de l'alliance expliquent ce lien vu le nombre restreint d'études ayant étudié le phénomène à ce niveau. Une méta-analyse de Karver et collaborateurs (2006) a déterminé que les habiletés interpersonnelles du clinicien telles l'empathie, la chaleur et l'authenticité sont associées à une alliance de travail de qualité. Au niveau de l'observance au traitement, une étude a lié l'adoption de ce comportement de santé à une meilleure alliance de travail chez 60 adolescents recevant un traitement médicamenteux pour de l'asthme chronique (Gavin et al., 1999). Les participants présentent une meilleure observance lorsqu'ils s'entendent mieux avec leur médecin au sujet des objectifs du traitement (*goal alliance*) et une moins bonne observance lorsque les participants ont des attitudes ou comportements nuisibles (par exemple : déformer l'information transmise au médecin, arriver en retard aux rencontres ou manquer des rencontres avec le médecin) (Gavin et al., 1999).

Une revue de littérature sur les liens entre l'observance du traitement et la relation entre le médecin et les enfants, adolescents et leur famille indique que la communication efficace entre le patient et son médecin est cruciale à l'adoption de comportements de santé telle que l'adhérence au traitement (DiMatteo, 2004). Selon l'auteur, la contribution du médecin dans cette communication efficace est de délivrer de l'information claire, d'éduquer le patient sur les

objectifs de traitement, l'importance de prendre la médication tel que prescrit, les effets secondaires possibles et l'importance de les rapporter au médecin. Il semble aussi que l'observance au traitement soit étroitement liée à la confiance présente au sein de la relation entre le patient et le médecin, confiance favorisée lorsque le médecin considère le patient comme un partenaire, est sensible à ce dernier et lui fournit de l'information (DiMatteo, 2004).

Une autre revue de littérature de McGuinness et Worley (2010) fait des recommandations aux médecins pour favoriser l'observance du traitement auprès des adolescents. Les auteurs indiquent que le médecin doit aborder les croyances et attitudes du jeune envers son trouble de santé mentale, son traitement et son médicament psychotrope, son efficacité et ses effets secondaires pour aider celui-ci à recadrer ses croyances au besoin et contrer les effets des perceptions négatives du traitement psychopharmacologique généralement véhiculées dans la population générale (McGuinness & Worley, 2010). Ils proposent également au médecin d'éduquer le patient au sujet des objectifs de traitement et du trouble de santé mentale et de l'encourager à poser des questions et partager ses inquiétudes concernant le traitement (McGuinness & Worley, 2010).

Aussi, il est suggéré que le médecin manifeste son optimisme quant à l'efficacité du traitement et à l'atteinte du bien-être du patient pour augmenter la confiance de celui-ci dans le traitement. Finalement, il est recommandé que le soignant aide le patient à élargir sa vision des effets bénéfiques du médicament sur des éléments de sa vie comme l'école, les amis, la famille. À travers les recommandations de McGuinness et Worley (2010), il est évident que le médecin peut être un agent actif dans l'adoption d'attitudes positives de l'adolescent envers son traitement et l'amélioration de l'observance.

L'observance et l'alliance de travail avec le médecin chez les jeunes placés

L'établissement de l'alliance de travail entre les adolescents en centre jeunesse et leur médecin présente des défis supplémentaires dus aux particularités de la clientèle. En effet, les cliniciens doivent installer et maintenir une alliance avec des jeunes ayant de lourdes difficultés de fonctionnement, de personnalité, d'éducation et de motivation (Ross, Polaschek, & Ward, 2008). Chez les adolescents placés hors du milieu familial, les risques sont plus grands qu'ils présentent des difficultés au niveau de leur attachement puisqu'ils sont souvent issus de familles dysfonctionnelles dans lesquelles ils ont pu vivre de la maltraitance, des abus et de la négligence (Toupin et al., 2009). Comme les enfants et adolescents développent des perceptions des adultes basées sur leurs expériences antérieures avec d'autres adultes significatifs, principalement leurs parents (Shashank, 2006), les jeunes placés sont plus à risque d'approcher la relation avec leur médecin avec méfiance, fermeture, hostilité pour se protéger des abus qu'ils pourraient anticiper dû à leurs mauvaises expériences antérieures.

Une étude de Bennett (2008) va dans le sens de cette hypothèse en démontrant qu'un attachement insécurisé serait lié à une mauvaise alliance de travail entre le patient et le médecin chez 193 patients atteints du lupus. Aussi, l'étude démontre le lien entre ces deux variables et l'observance du traitement pharmacologique : plus le patient présente un attachement insécure et moins l'alliance est de bonne qualité, plus le patient risque d'adopter des comportements d'inobservance et inversement pour ceux avec un type d'attachement sécure (Bennett, 2008). Par contre, la qualité de l'alliance de travail semble être la variable que prédit le mieux l'inobservance du sujet, comparativement à la sécurité d'attachement (Bennett, 2008). Bennett (2008) suggère de mettre l'emphase sur la relation et la réciprocité patient-médecin dans la démarche de traitement pour favoriser l'observance.

De plus, les aptitudes interpersonnelles des jeunes placés sont à risque d'avoir été affectées par la maltraitance subie, ce qui pourrait contrevenir à l'établissement de l'alliance de travail avec le médecin. Une étude auprès de 38 adolescents hospitalisés en psychiatrie et victimes de mauvais traitement a démontré que les adolescents ayant été maltraités établissaient initialement une faible alliance de travail avec leur thérapeute comparativement aux adolescents non maltraités (Eltz, Shirk, & Sarlin, 1995). De surcroît, plus l'abus a été répété, moins l'alliance initiale était bonne, et ce, indépendamment de la sévérité de leurs difficultés de santé mentale (Eltz et al., 1995). Les résultats de la même étude démontrent également que les difficultés au niveau de l'alliance thérapeutique des jeunes ayant été maltraités se maintiennent dans le temps et sont plus présentes que pour ceux n'ayant pas vécu d'abus (Eltz et al., 1995).

Eltz et coll. (1995) tentent d'expliquer le phénomène par différents facteurs, soient l'émotivité plus forte des jeunes ayant été victimes d'abus, la méfiance de ceux-ci envers autrui et leur sentiment d'insécurité dans des situations nouvelles. Ces difficultés interpersonnelles des adolescents victimes d'abus et leurs attentes négatives pourraient contrecarrer les objectifs de la thérapie par la diminution de sa capacité à collaborer avec leur thérapeute et à participer à un échange mutuel constructif (Eltz et al., 1995). Elles peuvent également rendre la compréhension de l'expérience du patient par le thérapeute plus compliquée par les imposantes défenses que peuvent mettre en place les jeunes ayant été maltraités (Eltz et al., 1995).

Aussi, les jeunes placés manifestent généralement plus de troubles externalisés pouvant être accompagnés d'agressivité que les adolescents en général (Toupin et al., 2009) et ce type de trouble ainsi que les comportements agressifs sont associés à une moins bonne qualité de l'alliance perçue par le jeune (Bickman et al., 2004).

Un autre obstacle potentiel à l'établissement de l'alliance de travail des jeunes placés et leur médecin est que dans les centres jeunesse au Québec, le médecin est très peu présent auprès des patients. Il s'agit souvent d'un consultant externe qui n'est pas nécessairement familier avec les particularités de la population et le fonctionnement des centres (Laurier & Lafortune, 2007 ; Lafortune & Collin, 2006). De plus, la demande de consultation ne vient généralement pas du jeune, mais d'un adulte de son entourage comme un parent ou un professionnel (Lafortune, 2010), ce qui peut venir entraver la formation de l'alliance de travail puisqu'il se peut que le patient soit en désaccord avec les objectifs de la rencontre.

Pour un médecin œuvrant auprès de la clientèle des jeunes placés, former une alliance de travail de qualité pour s'assurer d'une bonne collaboration et des résultats escomptés du traitement présente donc plusieurs défis. Toutefois, aucune étude n'identifie les qualités et habiletés du clinicien favorisant l'établissement d'une bonne alliance de travail avec cette population à besoins particuliers pour les guider dans leurs interventions. Aussi, aucune étude n'a évalué les liens entre la qualité de l'alliance de travail avec le soignant et les jeunes placés avec leurs comportements d'observance, identifié les composantes et contributions du médecin pouvant les favoriser, ni élaboré de conceptualisation de cette alliance.

Modèle conceptuel de l'alliance de travail avec le médecin : Modèle de Hougaard

L'alliance de travail avec le médecin telle que conceptualisée dans la présente étude s'inspire du concept d'alliance thérapeutique défini en psychologie. L'alliance thérapeutique a entre autres été étudiée par Bordin (1979) qui l'a décrit comme étant constituée de trois composantes : (1) l'accord du patient et du clinicien au sujet des buts, (2) l'accord du patient et du

clinicien au sujet des moyens pour atteindre les objectifs et (3) un lien affectif entre le patient et son clinicien.

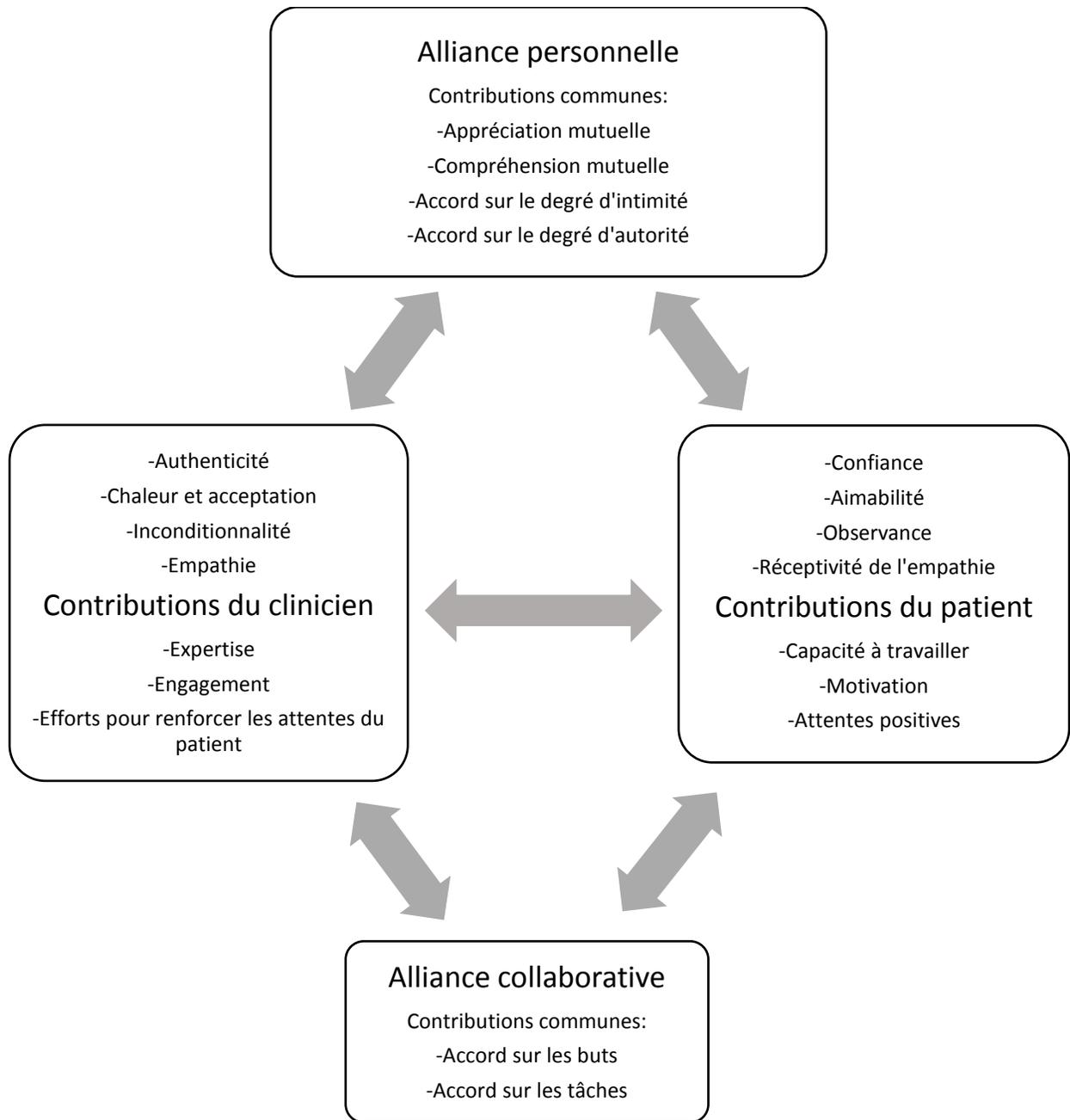
En s'inspirant de différents modèles d'alliance rapportés dans la littérature scientifique, incluant celui de l'alliance thérapeutique de Bordin, le modèle de l'alliance de travail développé par Hougaard (1994) suite à une exhaustive recension des écrits à ce sujet comprend deux composantes principales de l'alliance (alliance collaborative et alliance personnelle) et élabore autour des fonctions de chacun des protagonistes de l'alliance, le clinicien et le patient (Figure 2).

Ceux-ci apportent chacun leurs contributions individuelles dans la relation pour en arriver à des contributions communes formant l'alliance collaborative : un accord au niveau des buts et des tâches relatifs au traitement (Hougaard, 1994). D'autres apports du patient et du clinicien sont impliqués dans les contributions communes formant l'alliance personnelle qui se définit comme une appréciation et une compréhension mutuelles, un accord au niveau de l'intimité de la relation et au sujet du partage de l'autorité (Hougaard, 1994).

Selon Hougaard (1994), pour la formation de l'alliance collaborative, le patient doit être en mesure de travailler avec son clinicien, par exemple en étant capable de parler de ses difficultés et de son propre rôle à ce niveau, être motivé et entretenir des attentes positives envers le traitement. Le clinicien quant à lui doit démontrer de l'expertise en lien avec la problématique du patient et du traitement, de l'engagement dans la démarche de traitement et auprès du patient et des efforts pour renforcer les attentes positives du patient.

Dans le modèle de Hougaard (1994), le patient apporte sa contribution à la formation de l'alliance personnelle en faisant confiance en son clinicien, en étant amical, observant et réceptif à l'empathie de son clinicien. Le clinicien contribue à l'alliance personnelle en étant authentique, chaleureux et acceptant, inconditionnel envers son patient et empathique.

Figure 2. Modèle de l'alliance de travail selon Hougaard (1994).



Hougaard (1994) dépeint son modèle comme étant dynamique et chaque composante et protagoniste s'influenceraient mutuellement.

En appliquant le modèle de l'alliance de travail de Hougaard à la problématique de la présente thèse on peut en conclure qu'un médecin appliquant toutes les contributions nécessaires à l'établissement de l'alliance personnelle et de l'alliance collaborative aurait l'habileté nécessaire pour parvenir à établir une alliance de travail de qualité pouvant favoriser l'observance du jeune placé.

Ce modèle conceptuel de l'alliance a été sélectionné en raison des données empiriques qui démontrent que l'alliance de travail avec les adolescents serait constituée de deux composantes plutôt que trois comme pour le modèle de Bordin (1979) : l'aspect affectif et l'aspect collaboratif qui correspondent aux deux composantes de l'alliance du modèle de Hougaard (Zack et al., 2007). De plus, il comprend une description exhaustive des éléments constitutifs de l'alliance en décrivant les contributions communes et de chaque personne impliquée, ce qui permet une meilleure identification des éléments favorables à l'adoption de comportements de santé tels que l'observance.

Il demeure que Hougaard, en dépit des sources et références nombreuses à la base de son modèle, suggère de réviser son modèle en fonction de la population, de la problématique, du traitement et du type de clinicien étudié pour l'adapter à ceux-ci puisqu'il se peut que certaines composantes ou contributions ne soient pas nécessaires à l'établissement d'une alliance de travail de qualité en fonction du contexte et des protagonistes et que d'autres soient au contraire dominantes ou essentielles.

Les croyances relatives au traitement et l'alliance de travail avec le médecin

Pour ce qui est du lien entre la qualité de l'alliance de travail et les croyances relatives à la médication, peu d'études ont évalué la nature de leur relation. Une étude de Fuertes et collaborateurs (2007) a mesuré le lien entre la nécessité perçue du traitement pharmacologique et la qualité de l'alliance de travail telle que perçue par le patient chez 118 participants adultes atteints d'une maladie physique de nature chronique. Les résultats démontrent qu'une bonne alliance de travail était associée de façon significative à la nécessité perçue du traitement par le patient (Fuertes et al., 2007).

De leur côté, Strauss et Johnson (2006) ont évalué la relation entre la qualité de l'alliance de travail telle que perçue par le patient et les attitudes négatives du patient par rapport à la médication. Leur étude effectuée auprès de 58 patients adultes atteints d'un trouble bipolaire révèle qu'une bonne alliance de travail prédit moins d'attitudes négatives face à la médication. Les auteurs de l'étude expliquent ce lien en suggérant qu'une bonne alliance de travail favoriserait l'acceptation du trouble et donc du traitement associé (Strauss & Johnson, 2006). La discussion entre le patient et le médecin au sujet du trouble et des inquiétudes relatives à la médication ne pourrait se faire efficacement que dans un contexte de confiance et de collaboration entre le médecin et le patient (Strauss & Johnson, 2006).

Les croyances par rapport à la médication semblent être reliées à la qualité de l'alliance de travail, mais plus d'études sont nécessaires pour identifier les composantes sous-jacentes à cette relation et élaborer sur le sens et la puissance de cette relation.

Objectifs de la thèse

La présente étude tente donc de pallier le manque dans la littérature scientifique au sujet de l'observance, l'inobservance non intentionnelle et l'inobservance intentionnelle de la prescription de médication psychotrope chez les adolescents placés hors du milieu familial et de leurs liens avec les croyances liées à la médication et avec l'alliance de travail du jeune avec son médecin.

Un objectif de l'étude est de mesurer le lien entre l'observance, l'inobservance non intentionnelle et l'inobservance intentionnelle avec les croyances relatives à la médication et la qualité de l'alliance de travail du patient avec le médecin chez les jeunes hébergés et recevant une médication psychotrope. Les croyances relatives à la médication et l'alliance de travail avec le médecin ont été privilégiées par rapport à d'autres facteurs compte tenu du rôle majeur qu'elles semblent jouer dans l'adoption des comportements d'observance chez d'autres populations de patients.

Un autre objectif de l'étude est d'explorer et d'identifier les croyances et perceptions des jeunes placés concernant leur traitement psychopharmacologique et leur médecin prescripteur en fonction de leurs comportements d'observance, d'inobservance non intentionnelle et d'inobservance intentionnelle. Une recension des écrits concernant l'observance établit que le point de vue des patients sur leur traitement est souvent négligé malgré l'importance de leur rôle au sein de celui-ci (Vermeire et al., 2001), ce que la présente étude tentera de corriger.

Les résultats de l'étude permettront aussi de bonifier le modèle de l'observance chez les jeunes placés élaboré par Laurier et Lafortune (2010). La mise en évidence des liens entre les croyances relatives au traitement psychopharmacologique et l'alliance de travail avec le médecin avec l'observance et les comportements d'inobservance non intentionnels et intentionnels pourra

faciliter l'intervention des médecins et autres professionnels auprès des jeunes ayant des comportements d'inobservance en ciblant les croyances et les composantes de l'alliance problématiques spécifiques au type d'inobservance et en favorisant les croyances et composantes de l'alliance de travail liées à l'observance.

Méthodologie générale

La présente thèse fait partie d'une recherche plus large visant à identifier et évaluer les différents facteurs liés à l'observance et l'inobservance de la médication psychotrope chez les adolescents placés recevant un traitement psychopharmacologique.

Déroulement et considérations éthiques de la recherche

Les adolescents recevant une médication psychotrope ont été recrutés à partir de centres de réadaptation et foyers de groupe situés sur les territoires des Centres jeunesse de Montréal, de Laval et de la Montérégie (centres jeunesse de Lanaudière et de Longueuil). Le déroulement de la collecte de données ainsi que le protocole de recherche ont été approuvés par le comité d'éthique à la recherche de l'Institut Philippe Pinel de Montréal.

Les membres de la direction des centres ciblés par la recherche globale étaient d'abord rencontrés par un agent de recherche leur expliquant l'étude puis ils en informaient les éducateurs dans les différentes unités. Un pamphlet explicatif de l'étude et des critères de recrutement était également remis aux éducateurs des centres. Ce sont ces derniers qui devaient approcher les jeunes correspondant à ces critères afin de vérifier leur intérêt à participer à l'étude. À l'aide des dossiers médicaux des adolescents de leur unité, ils pouvaient identifier les participants potentiels et les recruter. Puisque les éducateurs entretiennent une relation de confiance avec les jeunes, il était alors plus aisé pour ceux-ci de donner un premier assentiment de façon libre et éclairée. Les participants potentiels étaient informés que leur décision n'influencerait nullement leur plan d'intervention.

Les candidats étaient approchés pour participer à la recherche s'ils répondaient aux critères suivants : 1) être âgé de 12 à 17 ans; 2) prendre au moins un médicament psychotrope depuis au

moins un mois; 3) comprendre, lire et parler français; et 4) ne pas avoir de diagnostic de retard mental. Les candidats participaient sur une base volontaire et informaient leur éducateur de leur intérêt pour l'étude. Ce dernier contactait l'équipe de recherche pour lui transmettre les coordonnées du parent ou tuteur légal du jeune intéressé.

Un agent de recherche rejoignait alors le parent ou tuteur légal du candidat afin d'obtenir le consentement écrit à la participation de leur enfant à l'étude. Dans le cas où les parents de l'enfant n'étaient plus disponibles ou aptes à donner un tel consentement (par exemple, ils n'avaient plus la responsabilité légale de leur enfant), une dérogation était accordée par le comité d'éthique à l'équipe de recherche qui pouvait alors recevoir le consentement écrit à la participation du jeune par le travailleur social responsable de son dossier.

Après la réception du consentement écrit parental, l'équipe de recherche dépêchait un agent sur place afin de rencontrer l'adolescent. L'agent lui présentait alors la recherche en détail, parcourait avec lui l'entièreté du formulaire de consentement, précisait que les données étaient anonymisées et confidentielles, répondait à ses interrogations et le faisait signer si le jeune acceptait toujours de participer. Il était bien sûr précisé au participant que s'il divulguait des informations indiquant que sa vie ou celle d'autrui était menacée, ces éléments seraient alors transmis aux personnes concernées.

Pour la collecte de données, les participants devaient remplir plusieurs questionnaires sur un ordinateur lors d'une première rencontre dans une salle privée de leur milieu d'hébergement avec un agent de recherche. Ce dernier lui présentait les questionnaires et insistait sur la confidentialité des réponses et sur l'importance de l'honnêteté pour la validité de la recherche. Il précisait qu'aucune des réponses ou des choix du candidat ne pouvait affecter ses conditions de

vie au centre. Il lui rappelait qu'il pouvait cesser la recherche à tout moment sans devoir donner d'explication.

L'agent de recherche demeurait sur place tout le long de la passation des questionnaires, vérifiait à la fin de chaque questionnaire si tous les items avaient été renseignés et répondait aux questions des jeunes par rapport au contenu de ces questionnaires. L'agent de recherche lui offrait également la possibilité de lire les questions à voix haute, pour alléger la tâche ou pallier à des difficultés de lecture.

Puis, leur intérêt était sondé quant à leur participation à une deuxième partie de la collecte de données, soit l'entrevue semi-structurée. Ils étaient informés des thèmes principaux abordés, de la durée et du contexte de l'entrevue (salle privée, enregistrement, confidentialité du contenu de l'entrevue, anonymisation des données, etc.) qui aurait lieu avec le même agent de recherche. Ceux qui se portaient volontaires étaient alors rencontrés une deuxième fois pour l'entrevue.

La collecte de données s'est déroulée sur trois ans de 2012 à 2015. Un nombre approximatif de 60 éducateurs (c.-à-d. cinq par unité ou foyer) ont été approchés pour recruter des participants sur un potentiel total de 108 éducateurs. Sur une population totale d'environ 160 jeunes respectant les critères de sélection dans 12 unités de vie et foyers de groupe ciblés par l'étude, 90 ont participé à la première partie de l'étude globale (questionnaires). Puis, 33 d'entre eux ont accepté de participer à la deuxième partie de l'étude et étaient disponibles pour le faire.

Le recrutement global s'est vu compliqué principalement par le faible niveau d'obtention du consentement parental écrit. Il est également arrivé que certains jeunes refusent de participer vu la longueur de la tâche, le manque d'intérêt relativement au sujet de l'étude ou le manque d'incitatifs pour y participer.

Les participants à la collecte des données qualitatives ont été recrutés à partir des 90 participants de la première partie de la collecte de données dans seulement 5 des 12 foyers de groupe et centres jeunesse. Les trois centres en Montérégie ont été écartés de la deuxième partie de la collecte de données en raison de difficultés logistiques liées au retour dans ces centres plus éloignés. Deux autres centres ont décidé de se retirer de l'étude avant la collecte de données qualitatives vu l'importante durée de l'étude et l'ampleur de la charge de travail exigée pour le personnel. Finalement, en fonction du principe de saturation des données, il s'est avéré qu'après une trentaine d'entrevues, l'arrêt de la collecte de données pouvait être envisagé puisque peu de nouveaux thèmes émergeaient des derniers entretiens.

La majorité des jeunes ayant été approchés pour effectuer la deuxième partie de la collecte de données ($n = 47$) a accepté et a pu le faire ($n = 33$), alors que d'autres n'ont pas pu y participer pour cause de départ imminent des centres jeunesse ($n = 3$) et que quelques-uns ont refusé de participer à l'entrevue devant l'ampleur de la tâche et un intérêt limité pour le sujet d'étude ($n = 11$).

Comparaison des échantillons de l'étude quantitative et de l'étude qualitative

Les analyses statistiques comparatives des moyennes des groupes composant les échantillons des études quantitative et qualitative indiquent qu'il n'existe aucune différence significative ($p < 0,05$) au niveau de l'inobservance globale ($t=0,31, p=0,757$), l'inobservance non intentionnelle ($t=0,29, p=0,77$) et l'inobservance intentionnelle ($t=0,24, p=0,81$).

Analyses quantitatives

Des informations supplémentaires concernant les analyses quantitatives de l'article 1 ne pouvant être incluses dans l'article pour des raisons de parcimonie sont fournies ici.

Les analyses de médiation comprises dans l'Article 1 ont été effectuées selon la méthode de Preacher et Hayes (2004). Dans le cas où le lien entre la variable indépendante (VI) et la variable dépendante (VD) est identifié par c et que ce lien, lorsque la variable médiatrice (M) est prise en compte dans la relation entre la variable indépendante (a : lien entre VI et M) et la variable dépendante (b : lien entre M et VD), devient c' , la méthode de Preacher et Hayes (2004) teste la médiation en vérifiant l'effet indirect de la variable médiatrice dans la relation entre la variable indépendante et dépendante (chemin ab) par la multiplication du coefficient de régression de la VI sur M (a) et de M sur la VD (b).

Ensuite, le test de la signification de l'effet indirect s'effectue par la méthode du *bootstrapping*. Cette analyse non paramétrique ne nécessite pas une distribution normale des résultats et ne tient pas compte de la taille de l'échantillon. Elle consiste à mesurer l'effet indirect (ab) à partir de multiples échantillons d'une taille correspondant à celle de l'échantillon à l'étude formés des participants à l'étude par échantillonnage par remplacement. Toutes les valeurs des effets indirects mesurés composent l'intervalle de confiance de cet effet (*BCA IC*) auquel on associe un seuil de confiance de 95% ou 99%, c'est-à-dire que l'on y inclut seulement les valeurs des effets indirects calculés comprises dans ce pourcentage.

Les résultats de l'analyse de médiation par de Preacher et Hayes présentent l'effet total de la VI sur la VD (c), l'effet direct de la variable indépendante sur la variable dépendante lorsqu'on contrôle l'effet de la variable médiatrice sur la relation entre la VI et la VD (c') et l'effet indirect de la variable indépendante sur la variable dépendante en passant par la variable médiatrice (ab) accompagné de son intervalle de confiance (*BCA IC*).

La taille des différents effets calculés (β : Beta) correspond à la valeur du changement de la mesure de la VD lorsque la valeur de la VI change d'un point sur sa propre échelle selon que ce

lien comprend l'influence de M (effet total et effet indirect) ou pas (effet direct). L'effet (β) est considéré comme étant significatif lorsque $p < 0,05$ dans les cas de l'effet total et de l'effet direct. Pour vérifier si l'effet indirect est significatif, l'intervalle de confiance a été calculé à partir de 10 000 *bootstraps* de type *biais corrected* (correction pour l'asymétrie de la distribution des résultats), soit 10 000 échantillons formés avec les participants de l'étude ($n = 89$) à partir desquels on a calculé l'effet indirect, et associé à un seuil de confiance de 95%, indiquant que 95% des valeurs des effets indirects sont retenues et représenteraient donc celles retrouvées dans la population. Cet intervalle de confiance ne doit pas contenir la valeur de 0 puisque cela signifierait que l'effet indirect puisse être nul. Ainsi, lorsque l'intervalle de confiance de 95% n'inclut pas le 0, il est possible d'affirmer que l'effet indirect est significatif à $p < 0,05$ (*two-tailed*).

La taille d'effet de l'effet indirect (k^2 : *Kappa-squared*) calculée à partir des analyses de médiation selon Preacher et Hayes (2004) correspond au ratio de l'ampleur de l'effet indirect observé (ab) sur l'effet indirect maximum possible qui aurait pu être observé en fonction des échelles des variables étudiées et est accompagné d'un intervalle de confiance (*BCA IC*) indiquant quelles valeurs cette taille d'effet peut prendre lorsqu'elle s'applique à toute la population étudiée (Preacher & Kelley, 2011). Elle se situe entre 0 et 1 où 0,01 correspond à un petit effet, 0,09 à un effet moyen et 0,25 à un grand effet (Preacher & Kelley, 2011).

Article 1

Observance, croyances relatives à la médication et alliance de travail avec le médecin chez les jeunes placés en centre de réadaptation et recevant une médication psychotrope

Julie Bellavance & Denis Lafortune

En préparation pour soumission dans la revue Neuropsychologie de l'enfance et de l'adolescence

Résumé

Cette étude cherche à vérifier la valeur prédictive des croyances relatives à la médication et de l'alliance de travail avec le médecin sur l'inobservance des prescriptions de médicaments psychotropes auprès d'un échantillon de 89 adolescents placés dans un centre de réadaptation au Québec. Les résultats démontrent que l'inobservance se divise en deux construits distincts selon qu'il y ait présence ou non d'une intention sous-jacente à ce comportement de santé. L'écart entre la nécessité perçue de la prescription et les inquiétudes relatives à celle-ci, la prescription de clonidine ainsi que la qualité de l'alliance de travail avec le médecin constituent ensemble des prédicteurs de l'inobservance globale des adolescents placés. L'alliance de travail avec le clinicien et la prescription de psychostimulant prédisent l'inobservance non intentionnelle alors que la conviction que les médicaments psychotropes sont surutilisés et la prescription de clonidine prédisent l'inobservance intentionnelle. Les analyses de médiation montrent que l'écart entre la nécessité perçue et les inquiétudes relatives au traitement constitue un médiateur de la relation entre l'alliance de travail avec le médecin et l'inobservance globale. La conviction d'une surutilisation de la médication psychotrope joue le rôle de médiateur dans la relation entre l'alliance de travail avec le médecin et l'inobservance intentionnelle. De tels résultats concordent avec la théorie du *Health Belief Model* et l'importance grandissante accordée à l'alliance avec le prescripteur dans le suivi du traitement dans le milieu médical.

Contexte théorique

La prévalence des prescriptions de médicaments psychotropes auprès des jeunes placés en centre de réadaptation est beaucoup plus élevée que celle observée chez les adolescents en général. Dans ces établissements, entre 21,0% et 49,0% des jeunes reçoivent au moins un médicament psychotrope (Handwerk, Smith, Thompson, Spellman & Daly, 2008; dosReis et al., 2005) comparativement à entre 2,2% et 7,0% de ceux dans la population générale (Acquaviva et al., 2009; Zito et al., 2003).

Par ailleurs, entre 53,6% et 72,5% des jeunes en centre de réadaptation faisant l'objet d'un traitement reçoivent plus d'un médicament (Laurier, Lafortune, & Collin, 2010; Zito et al., 2008; Griffith, Huscroft-D'Angelo, Epstein, Singh, & Pick, 2010) comparativement à entre 28% et 52% de ceux qui sont dans la même situation dans la population générale (dosReis et al., 2005; Duffy et al., 2005).

Le taux de prévalence de l'inobservance de la prescription de médication psychotrope chez ces adolescents est d'environ 70% (Laurier et al., 2010) comparativement à 33,8% chez les adolescents hospitalisés en psychiatrie (Ghaziuddin, King, Hovey, Zaccagnini, & Ghaziuddin, 1999), 38,1% chez les enfants et adolescents atteints d'un trouble psychiatrique chronique (Dean, Wragg, Draper, & McDermott, 2011) ou 37% chez ceux avec un trouble de l'humeur (Munson, Floersch, & Townsend, 2010).

Les différences au niveau des taux de prescription et de leur observance entre les jeunes placés et ceux de la population générale laissent croire que différents facteurs interviennent. Les pratiques prescriptives des médecins peuvent contribuer à l'importante médicalisation des adolescents en centre de réadaptation. Par exemple, la prescription *off-label* qui concerne surtout les symptômes d'agressivité et les comportements autodestructeurs (Haw & Stubbs, 2010), deux

problématiques très souvent rencontrées chez les adolescents placés. La tendance à la médicalisation des travers sociaux – certains souvent retrouvés chez les jeunes en centre de réadaptation tels que l’agressivité, l’hostilité, le repli sur soi, l’impulsivité, la labilité émotionnelle – peut également expliquer le fort taux de prescription de médication psychotrope chez ces derniers (Collin, 2016). Le traitement des symptômes plutôt que du trouble dans sa globalité qui peut mener à l’utilisation de plusieurs médicaments psychotropes à la fois est également une pratique courante en psychiatrie (Collin, 2015) et peut être particulièrement utilisée chez les adolescents en centre de réadaptation considérant la complexité de leur problématique de santé mentale et de ses sources. Finalement, l’inobservance peut mener à la surprescription puisqu’elle risque de réduire les effets de la médication (Hardeman, Harding & Narasimhan, 2010).

Par conséquent, sans minimiser l’importance de la remise en question des pratiques prescriptives sur lesquelles travaillent d’autres chercheurs, il importe de définir la problématique de l’observance et les facteurs pouvant y contribuer. L’inobservance menant à une plus faible efficacité du traitement, une augmentation de la sévérité des symptômes, un plus grand risque de rechute et d’hospitalisation ainsi qu’un plus grand nombre de médicaments prescrits (Llorca, 2008; Langer, 1999; Kane, 2004; Hardeman et al., 2010), il importe de mieux la comprendre afin de pouvoir traiter plus efficacement.

Plusieurs facteurs ont été associés à l’observance des prescriptions en général ou du traitement psychopharmacologique en particulier. Toutefois, chez les jeunes placés, seulement quelques études se penchent sur cette question. Une revue de littérature de Laurier et Lafortune (2007) les regroupe selon cinq catégories : 1) caractéristiques personnelles du patient, 2) niveau d’implication des personnes significatives dans l’entourage du patient, 3) facteurs liés à la maladie et au traitement, 4) relation thérapeutique entre le médecin prescripteur et le patient, et 5) contexte

d'autorité dans lequel prend place le traitement psychopharmacologique. Selon le modèle proposé par les auteurs, tous ces facteurs agissent sur les croyances et attitudes du jeune envers la médication psychotrope, qui influencent à leur tour les comportements (Laurier & Lafortune, 2007).

Comme des études antérieures ont porté principalement sur les trois premiers groupes de facteurs, à savoir les caractéristiques personnelles du patient (Laurier et al., 2010), personnes significatives dans l'entourage (Longhofer, Floersch, & Okpych, 2010; Moses, 2011) et caractéristiques de la maladie et du traitement (Laurier et al., 2010; Moses, 2011), il est intéressant de se concentrer sur les deux autres. La littérature scientifique identifie les croyances relatives à la médication et l'alliance ou la relation thérapeutique avec le médecin prescripteur comme étant deux facteurs importants (Fenton, Blyler, & Heinssen, 1997; Horne & Weinman, 1999; Oehl, Hummer, & Fleischhacker, 2000; Lacro, Dunn, Dolder, Leckband, & Jeste, 2002; Chakraborty, Avasthi, Kumar, & Grover, 2009; McCracken, Hoskins, & Eccleston, 2003; Zeber et al., 2008; Fuertes et al., 2007; Awad, 2004).

Selon le *Health Belief Model*, les comportements de santé qu'adopte un patient à l'égard de sa maladie physique ou mentale, incluant l'observance du traitement, sont choisis en fonction des coûts et bénéfices qu'il attribue à ceux-ci (Fenton et al., 1997; Weiden & Rao, 2005). Ces coûts et bénéfices perçus sont élaborés à partir de croyances qui peuvent se regrouper sous deux thèmes principaux : la nécessité perçue du comportement pour améliorer sa santé et les inquiétudes ou les risques liés à ce comportement (Horne & Weinman, 1999; Clifford, Barber & Horne, 2006).

Une étude de Horne et Weinman (1999) auprès d'adultes présentant des problèmes de santé chroniques et recevant une médication a montré que l'écart entre la nécessité perçue de la médication et les inquiétudes relatives à celle-ci s'avère être un prédicteur important de

l'observance et ce, plus que la nécessité perçue et les inquiétudes prises séparément. Il explique 19% de la variance de l'observance (Horne & Weinman, 1999).

Une étude auprès d'adolescents atteints du VIH conclut qu'entretenir de plus grandes attentes d'effets positifs de la médication et moins d'attentes négatives par rapport à celle-ci, de percevoir une menace plus sévère émanant de la maladie et d'avoir l'intention de prendre la médication prédisent les comportements d'observance du traitement pharmacologique des jeunes (Garvie et al., 2011). Une autre étude de Moline et Frankenberger (2001) a démontré que l'appréciation et l'efficacité perçue du psychostimulant prescrit sont prédicteurs d'une meilleure observance chez des adolescents ayant des difficultés attentionnelles. Finalement, une étude auprès d'adolescents ayant des problèmes de santé chroniques indique qu'une faible sévérité de la menace perçue du trouble prédit des attentes plus positives par rapport au traitement pharmacologique qui prédit à son tour l'intention de prendre la médication, ce qui favorise l'observance du traitement (Riekert, 2000).

L'alliance de travail avec le médecin est identifiée comme prédicteur important de l'observance du patient du traitement psychopharmacologique, autant chez les patients adultes ayant des maladies physiques ou mentales.

Une étude de Zeber et collaborateurs (2008) a évalué qu'une alliance positive avec le médecin était significativement reliée à l'observance du traitement psychopharmacologique (taille d'effet de 13% à 20%) chez des adultes atteints de bipolarité. Une revue de littérature de DiMatteo (2004) indique que des comportements et attitudes du prescripteur avec les jeunes patients peuvent favoriser l'observance et même le rapport par le patient de ses véritables comportements d'observance et d'inobservance, ce qui peut aider le médecin à intervenir. L'information que fournit le prescripteur, sa sensibilité interpersonnelle et son habileté à bâtir une relation basée sur

la collaboration sont associées à une meilleure observance du traitement (DiMatteo, 2004). Une autre revue de littérature révèle qu'un style de communication du médecin encourageant la participation du patient, des instructions claires de la part du premier, un échange au sujet des effets secondaires de la médication et la compréhension mutuelle de l'expérience du patient relativement à son trouble seraient associés à l'observance du traitement (Berk, Berk, & Castle, 2004). Bref, il semble qu'une bonne concordance entre le patient et le médecin constitue un facteur relié à l'adoption de comportements d'observance.

Des études ont également identifié qu'une meilleure communication entre le patient et son médecin pouvait mener à une plus grande efficacité du traitement, entre autres par l'amélioration de l'observance (Street Jr, 2013). Les travaux de Richard et Lussier (2016) vont dans le même sens et démontrent que la compréhension des propos du médecin concernant le traitement médicamenteux par le patient serait associée à une meilleure atteinte des objectifs de traitement à travers une meilleure observance. Ils recommandent aux médecins de faire participer activement leur patient dans la discussion au sujet de la médication afin que ce dernier assimile bien l'information transmise et qu'il se sente supporté dans son suivi du traitement afin de favoriser son adhésion au traitement (Richard & Lussier, 2016). Ils recommandent également au médecin d'établir une relation de confiance avec son patient pour inciter ce dernier à s'exprimer concernant ses inquiétudes, ses contraintes et ses opinions, adapter la communication au niveau de la compréhension et de la volonté de s'engager du patient, explorer le point de vue et le vécu du patient pour développer une compréhension commune de la problématique, aider le patient à faire le lien entre la problématique et son traitement, inciter le patient à participer à la recherche de solutions et aux décisions à prendre et s'assurer de la compréhension et de la rétention des informations par le patient. L'objectif de ces recommandations est d'instaurer un esprit de

collaboration entre le patient et son médecin afin de favoriser l'engagement de ce dernier dans son traitement (Richard & Lussier, 2016).

Toutefois, peu d'études ont mesuré la force et la direction de la relation entre l'alliance de travail et l'observance et encore moins l'ont fait auprès de jeunes patients.

Également, il semble que l'alliance de travail avec le médecin favorise le développement de croyances positives relativement au traitement et limite les inquiétudes et coûts perçus du traitement. En effet, une étude auprès d'adultes atteints d'une maladie physique chronique établit qu'une bonne alliance de travail avec le prescripteur est associée avec la nécessité perçue du traitement par le patient (Fuertes et al., 2007). Fuertes et coll. (2007) indiquent que l'appréciation et la confiance que le patient a envers son médecin l'incitent à accepter le traitement et à le percevoir comme important et pertinent. Ils ajoutent que l'information fournie par le prescripteur permettant au patient de mieux comprendre le traitement aide à mieux l'accepter (Fuertes et al., 2007).

Une autre étude auprès d'adultes atteints d'un trouble bipolaire a démontré l'association entre une bonne alliance de travail avec le médecin et la faible adoption d'attitudes négatives envers la médication (Strauss & Jonhson, 2006). Une bonne alliance de travail permet à la dyade patient-prescripteur d'aborder les attitudes négatives et inquiétudes envers le traitement psychopharmacologique et donc de les atténuer au profit des attitudes positives (Strauss & Jonhson. 2006).

Chez les adolescents placés en centre de réadaptation, les relations entre l'observance, les croyances relatives à la médication psychotrope et l'alliance de travail avec le médecin n'ont jamais été étudiées malgré le rôle important qu'elles risquent de jouer dans l'observance. La présente étude a donc comme objectif d'évaluer si les croyances relatives à la médication et la

qualité de l'alliance avec le médecin telle que perçue par le jeune constituent des prédicteurs de la fréquence des comportements autorapportés d'inobservance.

Les comportements d'inobservance sont étudiés d'abord de façon globale (taux d'inobservance globale), puis de façon séparée en fonction de l'intentionnalité du comportement en question. L'inobservance globale est alors scindée en deux sous-types : la fréquence des comportements d'inobservance non intentionnelle et la fréquence des comportements d'inobservance intentionnelle.

Les croyances étudiées sont la nécessité perçue de la médication, les inquiétudes relativement au traitement, mais surtout l'écart différentiel entre ces deux croyances, la conviction d'une surutilisation de la médication psychotrope par le médecin et le tort attribué à la médication. Sur la base des études recensées, il est possible de faire l'hypothèse que les croyances constitueront des prédicteurs des trois mesures de l'inobservance : plus l'écart différentiel entre la nécessité perçue et les inquiétudes sera positivement élevé, moins la fréquence des comportements d'inobservance sera élevée et inversement dans le cas d'un écart négatif plus élevé; plus la conviction d'une surutilisation de la médication sera élevée, plus la fréquence des comportements d'inobservance sera élevée; plus le tort attribué à la médication psychotrope sera élevé, plus la fréquence des comportements d'inobservance sera élevée.

Le lien entre les trois mesures de l'inobservance et la qualité de l'alliance de travail avec le médecin est également vérifié par la présente étude. La littérature scientifique recensée permet d'avancer l'hypothèse que plus la qualité de l'alliance de travail globale sera élevée, moins l'inobservance, telle qu'évaluée par les échelles inobservance globale, non intentionnelle et intentionnelle, sera élevée.

L'étude va également vérifier si les croyances relatives à la médication psychotrope jouent un rôle de médiateur dans la relation entre la qualité perçue de l'alliance de travail avec le prescripteur et l'inobservance comme le prévoit le modèle conceptuel de Laurier et Lafortune (2007). Compte tenu des études antérieures, il est possible de faire l'hypothèse que cette relation sera effectivement médiée par les croyances et que donc, une qualité élevée de l'alliance sera liée à des croyances favorables envers la médication (écart différentiel positivement élevé, conviction d'une surutilisation de la médication faible et torts attribués à la médication faibles) qui elles seront à leur tour significativement reliées à de faibles taux d'inobservance globale, non intentionnelle et intentionnelle.

Méthodologie

Déroulement

Les adolescents recevant une médication psychotrope ont été recrutés pour former un échantillon de convenance à partir de douze foyers de groupe ou unités de centres de réadaptation sur les territoires des Centres jeunesse de Montréal, de Laval et de la Montérégie. Les éducateurs des centres, qui avaient reçu un pamphlet explicatif de l'étude et du type de participants recherchés, devaient repérer et recruter les jeunes sous médication psychotrope à partir du dossier qui contient leurs informations médicales.

Les candidats étaient approchés pour participer à la recherche s'ils répondaient aux critères suivants : 1) être âgé de 12 à 17 ans; 2) prendre au moins un médicament psychotrope depuis au moins un mois; 3) comprendre, lire et parler français; et 4) ne pas avoir de diagnostic de retard mental. Ils devaient alors donner leur consentement écrit, et ce, après que leur parent ou tuteur ait également donné leur consentement écrit pour que l'enfant participe à l'étude.

La collecte de données s'est déroulée sur trois ans de 2012 à 2015. Un nombre approximatif de 60 éducateurs (c.-à-d. cinq par unité ou foyer) ont été approchés pour recruter des participants sur un potentiel total de 108 éducateurs. Sur une population totale d'environ 160 jeunes respectant les critères de sélection dans les 12 unités de vie et foyers de groupe ciblés par l'étude, 90 ont participé à l'étude. Les résultats d'un participant ont été retirés de l'étude vu la façon répétitive et incohérente avec laquelle il a répondu aux items des questionnaires, pour constituer un total final de 89 participants.

Le recrutement s'est vu compliqué principalement par la difficulté à obtenir la signature des parents, attestant qu'ils consentent à ce que leur enfant participe à la recherche. En effet, malgré un accord verbal, plusieurs parents ont omis de retourner le formulaire de consentement. Il est également arrivé que certains jeunes refusent de participer vu la longueur de la procédure, le manque d'intérêt pour le sujet de l'étude ou le manque d'incitatif à en faire partie.

L'étude faisant partie d'une recherche plus large, les jeunes devaient remplir plusieurs questionnaires. Trois ont été utilisés pour la présente étude, convertis en format dynamique et présentés sur ordinateur en présence d'un agent de recherche disponible pour répondre à leurs questions. Au besoin, ce dernier pouvait lire oralement les items au jeune.

Un agent de recherche a collecté les informations sociodémographiques (âge, genre, centre de réadaptation, type d'encadrement au centre de réadaptation) et médicales (type et classe de médication psychotrope prescrite, nombre de médicaments psychotropes prescrits, nombre de comprimés de médicament psychotrope pris par jour, fréquence quotidienne de la prise de médication psychotrope, type de médecin prescripteur de la médication psychotrope) des participants à partir de leur dossier au centre de réadaptation.

Échantillon

L'échantillon est composé de 89 jeunes dont l'âge moyen est de 15,0 ans. Il est constitué de 66,4% (59/89) de garçons et 33,7% (30/89) de filles. Parmi eux, 5,6% (5/89) de jeunes proviennent d'un foyer de groupe, et 94,4% (84/89) d'un centre de réadaptation d'unités régulières ou d'encadrement intensif. Chaque jeune reçoit entre un et quatre médicaments psychotropes au moment de la collecte de données. Les données concernant le traitement psychopharmacologique sont représentées dans le Tableau 1.

Instruments

L'inobservance auto-rapportée a été mesurée avec le *Medication Adherence Report Scale* 5 (MARS-5), un questionnaire de cinq items mesurant la fréquence de comportements d'inobservance dans le dernier mois à l'aide d'une échelle de type Likert (*jamais* = 0 point, *rarement* = 1 point, *quelques fois* = 2 points, *souvent* = 3 points, *toujours* = 4 points), pour un score total entre 0 et 20 points où un score élevé correspond à une grande fréquence de comportements d'inobservance et un score faible à une petite fréquence de ce type de comportements. Le questionnaire a été développé par Horne et Weinman (2002) pour évaluer les comportements d'inobservance de la médication des patients asthmatiques. Il comportait dix items à l'origine et sa validité interne était de 0,85 (Horne & Weinman, 2002). Il a depuis été réduit à une version de cinq items seulement (MARS-5) et cette version a été utilisée afin de mesurer l'inobservance de patients de diverses populations (Byrne, Walsh & Murphy, 2005; Ediger et al., 2007; George, Kong, Thoman & Stewart, 2005; Tommelein, Mehuys, Tongelen, Brusselle & Boussery, 2014) dont des enfants et des adolescents atteints du VIH (Van Dyke et al., 2002) et des adultes atteints

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques et médicales des participants

Caractéristiques	Échantillon (n=89)
Âge moyen	15,03 ans
Genre	
Filles	33,7% (30/89)
Garçons	66,3% (59/89)
Centre de réadaptation	
Foyer de groupe	5,6% (5/89)
Unité régulière ou encadrement intensif	94,4% (84/89)
Médication psychotrope	
Psychostimulant	48,3% (43/89)
Antipsychotique atypique	49,4% (44/89)
Antidépresseur	24,7% (22/89)
Anxiolytique	1,1% (1/89)
Antihypertenseur	7,9% (7/89)
Anticonvulsivant	4,5% (4/89)
Mélatonine	14,6% (13/89)
Hypnotique/Sédatif	2,2% (2/89)
Polymédication	50,6% (45/89)

de troubles de santé mentale (Jonsdottir et al., 2010). La validité interne du MARS-5 se situe entre 0,73 et 0,78 selon les études.

À partir du score total au MARS-5, le taux (%) d'inobservance globale pour chaque jeune a pu être calculé.

Avant même d'effectuer les analyses des résultats, la réponse à l'item « je change la dose de ma médication psychotrope » a été retirée des résultats vu la confusion des jeunes au sujet de

cet item lors de la passation du questionnaire. En effet, des participants indiquaient avoir changé la dose de leur médication, mais avec l'accord de leur médecin ou en fonction du cours normal du traitement (p.ex.: lorsque le dosage du médicament est ajustable au besoin ou lorsque la prescription change en fonction des effets du traitement ou d'une fin imminente du traitement).

Une analyse factorielle des items de cette échelle suggère que les participants classent leurs comportements d'observance selon deux construits distincts : non intentionnel (ex. : « J'oublie de prendre ma médication psychotrope ») et intentionnel (ex. : « Je décide de sauter des doses », classification des items déjà utilisée ou remarquée par d'autres auteurs (Emilsson, Gustafsson, Öhnström, & Marteinsdottir, 2017; Tommelein et al., 2014). Dans la littérature scientifique, des articles distinguent également l'observance non intentionnelle (oubli) de l'observance intentionnelle (refus) (Dean et al., 2011; Sewitch et al., 2004). Ainsi, les réponses des jeunes ont permis de calculer le taux, en pourcentage, de leur observance non intentionnelle (un item pour un score total entre 0 et 4) ainsi que de leur observance intentionnelle (trois items pour un score total entre 0 et 12, $\alpha=0,67$) et de créer ainsi deux sous-échelles.

Les données sociodémographiques, soient l'âge, le genre, le type d'encadrement au centre de réadaptation ont été recueillies à même le dossier des participants au centre jeunesse.

Les données médicales, soit la classe de médication psychotrope prescrite, le nombre de médicaments psychotropes prescrits et la complexité du traitement psychopharmacologique (calculée en additionnant le nombre de médicaments psychotropes prescrits, le nombre de comprimés consommés quotidiennement ainsi que la fréquence de la prise quotidienne de médicaments psychotropes) ont été recueillies dans le dossier médical.

Les croyances des jeunes au sujet de la médication ont été évaluées avec la version française du *Beliefs about Medicines Questionnaire* (BMQ) construit par Horne, Weinman et

Hankins (1999). Ce questionnaire a été conçu à partir du *Health Belief Model* qui propose que les comportements d'observance soient associés à la perception des coûts et des bénéfices de la prise de la médication (Horne & Weinman, 1999). Il comporte 18 items répartis sur cinq échelles mesurant la *nécessité perçue de la médication* (5 items, alpha de Cronbach de 0,80), les *inquiétudes relatives à la médication* (5 items, alpha de Cronbach de 0,75), l'*écart entre la nécessité perçue et les inquiétudes relatives à la médication*, la *conviction que les médicaments sont surutilisés* (4 items, alpha de Cronbach de 0,71) et les *torts attribués à la médication* (4 items, alpha de Cronbach de 0,67).

Les scores totaux aux sous-échelles se calculent en additionnant les réponses aux items (allant de *tout à fait en désaccord* = 1 point à *tout à fait en accord* = 5 points), sauf dans le cas de l'*écart entre la nécessité perçue et les inquiétudes relatives à la médication* où le score est calculé en faisant la différence entre les deux sous-échelles concernées.

Le score aux sous-échelles *nécessité perçue* et *inquiétudes relatives à la médication* se situant entre 5 et 25, le total de la sous-échelle *écart entre la nécessité perçue et les inquiétudes relatives à la médication* varie entre -20 et 20. Plus le score négatif est élevé, plus les inquiétudes sont importantes, plus le score positif est élevé, plus la nécessité perçue est importante. Un score près de zéro signifie que la nécessité perçue et les inquiétudes sont à peu près équivalentes.

De l'échelle de *la conviction que les médicaments sont surutilisés* a été retiré l'item 14 « Les produits naturels sont plus sécuritaires que les médicaments psychotropes » puisqu'il diminuait la cohérence interne de l'échelle ($\alpha=0,77$ versus $\alpha=0,81$ lorsqu'on le retire). Il se pourrait que cet enjeu entre la médication et les produits naturels ne soit pas aussi pertinent pour les adolescents en centre jeunesse. Le score total à cette échelle de trois items peut donc se situer entre 3 et 15.

Le score total de l'échelle *torts attribués à la médication* varie entre 4 et 20.

L'alliance de travail avec le médecin telle que perçue par le jeune a été mesurée à l'aide de l'*Échelle des attitudes professionnelles du médecin généraliste* de Baumann, Baumann, Aubry et Alla (2005). L'échelle est composée de 15 items et présente un alpha de Cronbach de 0,91 (Baumann et al., 2005). Le score total à ce questionnaire, calculé en additionnant la réponse aux items (allant de *jamais* = 0 point à *toujours* = 4 points), se situe entre 0 et 60 et constitue la variable *qualité générale de l'alliance de travail avec le médecin* dans la présente étude ($\alpha=0,92$). Plus le score total est élevé, plus la qualité de l'alliance est bonne.

Analyses statistiques

La présente étude utilise un devis de recherche corrélationnel.

Toutes les réponses des participants aux questionnaires ont été soumises à des analyses de cohérence interne et des analyses factorielles afin d'évaluer leur fidélité auprès de la population des adolescents en centre de réadaptation, retirer des items au besoin, et vérifier s'il était possible de créer des sous-échelles plus spécifiques pour cibler plus précisément les éléments liés à l'inobservance de la médication psychotrope.

Toutes les variables à l'étude ont d'abord fait l'objet d'analyses descriptives. Ensuite, afin de déterminer les facteurs prédictifs des taux d'inobservance auto-rapportée totale, non intentionnelle et intentionnelle, des régressions multiples ont été exécutées. Tous les prédictifs potentiels (variables indépendantes) ont premièrement été soumis à des analyses de corrélation. Les facteurs démontrant la tendance d'un lien avec un des trois types d'inobservance mesurés ($p<0,10$, tel que le recommandent Hosmer, Lemeshow et Sturdivant, 2013) étaient sélectionnés pour être inclus dans les modèles de régressions multiples. Les analyses de régression multiple ont été effectuées avec la méthode pas-à-pas. Toutes les échelles sélectionnées à partir des coefficients

de corrélation ont été entrées dans le modèle initial puis conservées ($p < 0,05$) ou retirées ($p > 0,1$) en plusieurs étapes. Les résultats présentés dans l'étude correspondent à la dernière étape de cette méthode d'analyse.

L'effet indirect de la *qualité de l'alliance de travail générale* sur la *fréquence des comportements d'inobservance globale* lorsqu'on y inclut les variables médiatrices rassemblées sous le thème des croyances relatives à la médication psychotrope (*écart différentiel entre la nécessité perçue et les inquiétudes, conviction d'une surutilisation de la médication psychotrope et torts attribués à la médication psychotrope*) a été évalué par des analyses de médiation selon la méthode de Preacher et Hayes (2004) pour lesquelles l'intervalle de confiance de 95% de l'effet indirect de l'alliance sur l'inobservance à travers la variable médiatrice des croyances relatives à la médication a été calculé à partir de 10 000 *bootstraps* de type *biais corrected* (correction pour l'asymétrie de la distribution des résultats).

Le logiciel PROCESS 3 (Hayes, 2017) incorporé au logiciel d'analyses statistiques SPSS 25, logiciel utilisé pour toutes les analyses statistiques de cette étude, a exécuté les analyses de médiation.

Résultats

Mesures de l'inobservance, des croyances relatives à la médication et de l'alliance de travail avec le médecin

Des adolescents de l'échantillon, 79,8% (71/89) rapportent des comportements d'inobservance, 75,3% (67/89) des comportements d'inobservance non intentionnelle et 51,7% (46/89) des comportements d'inobservance intentionnelle. Le taux moyen d'inobservance pour les adolescents de l'échantillon est de 15,0%, ce qui signifie qu'en moyenne, les jeunes ne prennent pas leur médication tel que prescrit environ une fois sur sept. En se penchant sur les taux

Tableau 2

Scores moyens, écarts-types, scores extrêmes et variance des scores d'inobservance, de croyances relatives à la médication et d'alliance de travail avec le médecin.

Variables	<i>n</i>	Score moyen	Écart-type	Score minimum	Score maximum	Variance
Inobservance						
Taux d'inobservance total	89	15,03%	13,58	0,00%	62,50%	184,41
Taux d'inobservance non intentionnelle	89	28,65%	23,70	0,00%	100,00%	561,80
Taux d'inobservance intentionnelle	89	10,49%	13,79	0,00%	66,70%	190,23
Croyances relatives à la médication psychotrope						
Nécessité perçue de la médication	89	12,60	5,35	5	25	28,70
Inquiétudes relatives à la médication	89	10,64	4,62	5	24	21,38
Écart différentiel entre la nécessité perçue et les inquiétudes relatives à la médication	89	1,95	6,81	-18	20	46,34
Conviction d'une surutilisation de la médication	89	8,29	3,85	3	15	14,85
Torts attribués à la médication	89	8,12	3,43	4	19	11,77
Alliance de travail avec le médecin						
Alliance de travail générale	86	41,83	13,89	7	60	192,90

d'inobservance non intentionnelle et intentionnelle (Tableau 2), on remarque que les jeunes ne prenant pas leur médication par refus le font en moyenne moins souvent, soit environ une fois sur dix, que les jeunes qui oublient de la prendre, ce qui survient approximativement trois fois sur dix.

Au BMQ, les scores des participants à la sous-échelle *nécessité perçue de la médication psychotrope* (Tableau 2) indiquent qu'en moyenne, ils considèrent que leur médication psychotrope ne leur est pas vraiment nécessaire. Évidemment, certains participants expriment que leur médication est vraiment nécessaire alors que d'autres la perçoivent comme pas du tout nécessaire. Les scores des participants à la sous-échelle inquiétudes relatives à la médication indiquent qu'ils s'inquiètent en moyenne faiblement au sujet de leur médication psychotrope.

Les scores des jeunes de l'échantillon à la sous-échelle *écart entre la nécessité perçue de la médication et les inquiétudes relatives à la médication* (Tableau 2) indiquent qu'en moyenne, la première est légèrement plus élevée. Pour la sous-échelle *conviction d'une surutilisation de la médication*, les scores qu'en moyenne, les participants entretiennent cette conviction de façon modérée. À la sous-échelle des *torts attribués à la médication*, les scores indiquent que les jeunes perçoivent que la médication psychotrope puisse causer des torts de façon modérée.

Les réponses des jeunes à l'*Échelle des attitudes professionnelles du médecin généraliste* (Tableau 2) indiquent qu'aucun jeune ne perçoit son alliance de travail avec son médecin comme étant dénuée de contributions positives de la part du prescripteur et que certains jeunes considèrent que leur médecin applique toutes les attitudes positives mesurées et ce, en tout temps. La moyenne des participants expriment avoir une alliance de travail d'assez bonne qualité avec leur médecin.

Analyses bivariées préliminaires

Les analyses préliminaires visent à déterminer quelles variables sont incluses dans les régressions multiples. Sont incluses les variables présentant un lien de corrélation au moins

marginalement significatif ($p < 0,1$) avec les différents taux d'observance. Les variables âge, genre, nombre de médicaments psychotropes et complexité du traitement psychopharmacologique ne présentent pas de relation à tendance significative avec les variables dépendantes (Tableau 3).

Au niveau de la classe de médicaments psychotropes prescrits, seule la prescription d'antihypertenseur s'avère reliée aux taux d'observance globale et intentionnelle alors que la prescription de psychostimulant est liée au taux d'observance non intentionnelle. Toutes les échelles se rapportant aux croyances relatives à la médication corrélaient avec au moins une des échelles d'observance. La qualité générale de l'alliance est liée au taux d'observance globale, intentionnelle et non intentionnelle (Tableau 3).

Analyses de régression multiple

Malgré que la nécessité perçue de la médication et les inquiétudes relatives à celle-ci corrélaient significativement avec des taux d'observance, elles ont été exclues des analyses de régression multiple puisqu'elles composent la variable écart entre la nécessité perçue et les inquiétudes et que cette dernière corréla davantage et de façon plus significative avec les trois taux (Tableau 3).

Le modèle de régression, qui inclut au départ les variables indépendantes suivantes : l'écart différentiel entre la nécessité perçue de la médication et les inquiétudes relatives à la médication, la conviction d'une surutilisation de la médication, le tort attribué à la médication, l'alliance générale avec le médecin et la prescription d'antihypertenseur, montre que la prescription d'antihypertenseur et l'écart entre la nécessité perçue et les inquiétudes sont des prédicteurs de l'observance globale et expliquent, avec la qualité générale de l'alliance de travail, 23,7% de la variance. L'absence d'une prescription d'antihypertenseur et une grande nécessité perçue de la

Tableau 3

Analyses bivariées (corrélations) pour les taux d'inobservance.

Variables indépendantes	<i>n</i>	Taux d'inobservance globale	Taux d'inobservance non intentionnelle	Taux d'inobservance intentionnelle
		<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
Âge	70	0,10	-0,06	0,16
Genre	89	0,01	-0,04	0,03
Type d'encadrement CJ	89	0,16	0,09	0,16
Nombre de médicaments psychotropes	68	0,06	0,11	0,01
Complexité du traitement psychopharmacologique	66	0,09	0,13	0,04
<i>Classe de médicament psychotrope</i>				
Psychostimulant	68	0,10	0,24*	-0,01
Antipsychotique atypique	68	0,12	0,11	0,09
Antidépresseur	68	-0,04	0,04	-0,08
Anxiolytique	68	-0,03	-0,02	-0,02
Antihypertenseur	68	0,33**	0,19	0,31*
Anticonvulsivant	68	0,12	0,02	0,14
Mélatonine	68	-0,12	-0,13	-0,08
Sédatif/Hypnotique	68	-0,12	-0,13	-0,08
<i>Croyances relatives à la médication psychotrope</i>				
Nécessité perçue de la médication	89	-0,21*	-0,20 ^t	-0,17
Inquiétudes par rapport à la médication	89	0,20 ^t	0,08	0,22*
Écart entre la nécessité perçue et les inquiétudes	89	-0,31**	-0,21 ^t	-0,28**

Conviction que les médicaments sont surutilisés	89	0,34**	0,13	0,37***
Torts attribués à la médication	89	0,29**	-0,12	0,31**
<i>Attitudes professionnelles perçues du médecin prescripteur</i>				
Qualité générale de l'alliance de travail	86	-0,28*	-0,21*	-0,24*

[†] $p < 0,1$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

médication avec peu d'inquiétudes relatives à la médication psychotrope prédisent donc moins de comportements d'inobservance.

Le modèle de régression pour le taux d'inobservance non intentionnelle (Tableau 4) qui incluait au départ la prise de psychostimulant, l'écart différentiel entre la nécessité perçue de la médication et les inquiétudes relatives à celle-ci ainsi que la qualité de l'alliance générale explique 11,4% de la variance et montre que la prescription de psychostimulant, une moins bonne qualité générale de l'alliance de travail prédisent davantage de comportements d'inobservance non intentionnelle chez les adolescents de l'échantillon.

Le modèle de régression pour le taux d'inobservance intentionnelle (Tableau 4), incluait au départ de l'analyse les variables indépendantes suivantes : l'écart différentiel entre la nécessité perçue et les inquiétudes relatives à la médication, la conviction d'une surutilisation de la médication psychotrope, les torts attribués à cette dernière, la prescription d'antihypertenseur et la qualité générale de l'alliance de travail. Le modèle final explique 19,7% de la variance avec la conviction d'une surutilisation et la prescription d'antihypertenseur comme prédicteurs. Une plus forte conviction d'une surutilisation de la médication psychotrope par le médecin ainsi que la prescription d'antihypertenseur sont donc associées à plus de comportements d'inobservance intentionnelle.

Tableau 4

Résultats des analyses de régression multiple (méthode pas-à-pas) pour les taux d'observance.

Variabiles dépendantes	Variabiles indépendantes			
Taux d'observance globale	Modèle 1 : $R^2=23,7\%$			
		β	p	R^2 partielle (%)
	Écart entre la nécessité perçue et les inquiétudes	0,248	0,035	5,71
	Qualité générale de l'alliance de travail	0,196	0,094	3,60
	Prescription d'antihypertenseur	0,321	0,005	10,30
Taux d'observance non intentionnelle	Modèle 2 : $R^2=11,4\%$			
		β	p	R^2 partielle (%)
	Qualité générale de l'alliance de travail	0,238	0,050	5,62
	Prescription de psychostimulant	0,263	0,031	6,90
Taux d'observance intentionnelle	Modèle 3 : $R^2=19,7\%$			
		β	p	R^2 partielle (%)
	Conviction d'une surutilisation	0,321	0,007	9,99
	Prescription d'antihypertenseur	0,253	0,032	6,20

Analyses de médiation

Les analyses de médiation visent à vérifier si les croyances relatives à la médication psychotrope jouent un rôle de médiateur dans la relation entre l'alliance de travail générale avec le médecin et le taux d'inobservance globale tel que décrit par le modèle de Laurier et Lafortune (2007). Elles incluent seulement les croyances qui se sont avérées être des prédicteurs des comportements d'inobservance selon les modèles de régression précédents (Preacher & Hayes, 2004).

Les résultats des analyses de médiation montrent qu'il y a un effet indirect de la qualité générale de l'alliance de travail avec le médecin sur le taux d'inobservance globale avec la variable médiatrice proposée de l'écart entre la nécessité perçue et les inquiétudes ($b=-0,07$; *BCA IC* [-0,16 – -0,01]) ce qui représente un effet moyen ($k^2=0,07$; *BCA IC* [0,02 – 0,15]). Plus la qualité de l'alliance générale est bonne, plus la nécessité perçue de la médication augmente et les inquiétudes relatives à la médication diminuent et cela prédit une plus faible inobservance.

La qualité de l'alliance de travail a un effet indirect sur l'inobservance intentionnelle par la variable médiatrice de la croyance de la conviction d'une surutilisation de la médication psychotrope ($b=-0,09$; *BCA IC* [-0,20 – -0,02]) et cet effet est moyen ($k^2=0,09$; *BCA IC* [0,03 – 0,18]). Ces résultats signifient que lorsque la qualité de l'alliance est de bonne qualité, la conviction d'une surutilisation de la médication psychotrope diminue pour finalement prédire une plus faible inobservance intentionnelle.

Discussion

L'étude montre que les croyances relatives à la médication, l'alliance de travail avec le médecin et la prescription d'antihypertenseur et de psychostimulant prédisent les comportements d'inobservance du traitement psychopharmacologique des adolescents en centre de réadaptation.

Au niveau de l'inobservance globale, la prescription d'antihypertenseur constitue le prédicteur le plus important de ce comportement chez les jeunes en centre de réadaptation avec l'écart entre la nécessité perçue de la médication et les inquiétudes relatives à celle-ci.

La prescription d'antihypertenseur ou clonidine est souvent associée au traitement du trouble de déficit d'attention et d'hyperactivité (TDAH), particulièrement pour les cas plus complexes (Yoon, Cohn, Rocchini, Kershaw, & Clark, 2012), lorsqu'il est accompagné de tics, d'un syndrome de Gilles de la Tourette, d'agressivité, d'une forte impulsivité/hyperactivité (Wilens & Spencer, 1999), de difficultés de sommeil (Prince, Wilens, Biederman, Spencer, & Wozniack, 1996), d'agressivité (Hunt, Minderra, & Cohen, 1986), d'un trouble des conduites ou d'un trouble oppositionnel avec provocation (Connor, Barkley, & Davis, 2000) ou simplement lorsqu'aucun autre traitement du TDAH n'a fonctionné (Wilens & Spencer, 1999). La clonidine est aussi prescrite auprès des enfants pour un diagnostic de trouble de stress post-traumatique (Harmon & Riggs, 1996) et un trouble développemental (Connors, Fletcher, & Swanson, 1999).

Suite à un nouveau croisement des variables de la présente étude, on remarque que les jeunes qui reçoivent de la clonidine prennent aussi au moins deux autres médicaments psychotropes : antipsychotique atypique (85,7%) psychostimulant (71,4%), antidépresseur (42,9%), inhibiteur de la recapture de la noradrénaline (14,3%) et hormone (28,6%). La polymédication est souvent un indicateur de trouble de santé mentale complexe et sévère réfractaire aux traitements traditionnels et donc difficile à traiter (Safer, Zito, & dosReis, 2003; Griffith et al., 2010).

Il est donc fort probable que les jeunes de l'échantillon prenant de la clonidine présentent une symptomatologie lourde avec une possible expérience de traitements inefficaces à répétition. Ils pourraient ainsi être plus à risque d'adopter des comportements d'inobservance en raison d'une

plus faible efficacité perçue du traitement, d'une surcharge au niveau de la gestion du traitement ou de leurs symptômes sévères qui peuvent nuire à une prise de médication régulière.

La relation entre l'inobservance et la prescription d'antihypertenseur pourrait aussi s'expliquer par le fait que les jeunes qui prennent de la clonidine pourraient présenter plus de comportements agressifs, impulsifs ou hostiles puisque celle-ci peut être prescrite lorsque ces symptômes se présentent en comorbidité au TDAH (Hunt et al., 1986; Connor et al., 2000). Une étude de Laurier et collaborateurs (2010) a démontré que les comportements agressifs sont prédicteurs d'une faible observance du traitement psychopharmacologique chez les jeunes en centre de réadaptation. Les auteurs de l'étude expliquent leurs résultats en indiquant que les adolescents ayant des idées d'invulnérabilité, d'hostilité envers l'autorité ou de recherche d'autonomie, idées qui peuvent s'exprimer à travers des comportements agressifs, sont plus à risque de présenter des comportements d'inobservance (Bastiaens, 1995).

Le fait que l'écart différentiel entre la nécessité perçue et les inquiétudes relatives à la médication ait été identifié comme étant un prédicteur de l'inobservance n'est pas surprenant. En effet, de nombreuses études avaient démontré l'existence d'un lien entre la nécessité perçue de la médication et l'observance ainsi qu'entre les inquiétudes relatives à la médication et l'observance tel que stipulé par le *Health Belief Model* (Horne & Weinman, 1999; Fenton et al., 1997; Jonsdottir, Friis, Horne, Pettersen, Reikvam, & Andreassen, 2009; DiMatteo, Haskard, & Williams, 2007). Les jeunes placés font donc comme les autres populations de patients à savoir qu'ils évaluent les bénéfices qu'ils peuvent tirer de leur traitement psychopharmacologique et les aspects négatifs associés à celui-ci. Si le coût est plus grand que les bénéfices, ils vont adopter davantage de comportements d'inobservance et vice-versa.

Lorsque l'on se penche sur les différents types d'inobservance, on remarque que les prédicteurs sont différents selon que l'inobservance est non intentionnelle (oubli) et intentionnelle (refus), ce qui confirme l'importance de distinguer les différents types de comportements d'inobservance.

Pour l'inobservance non intentionnelle, les prédicteurs expliquent ensemble seulement 11,4% de la variance, ce qui démontre que d'autres facteurs que ceux évalués par l'étude sont en jeu. La prescription de psychostimulant comme prédicteur de l'inobservance non intentionnelle s'explique facilement par le fait que, ces jeunes recevant principalement cette médication pour un diagnostic de TDAH (Connor et al., 1999), il est fort probable que leurs difficultés d'attention, d'organisation et de planification soient à l'origine de leurs oublis de la prise de la médication psychotrope.

On remarque que la qualité de l'alliance de travail prédit également une faible inobservance non intentionnelle. Possiblement qu'une bonne alliance entre le jeune et le médecin leur permet d'aborder ouvertement les oublis de la médication psychotrope et d'y remédier selon les difficultés et besoins du jeune, ce qui maintiendrait ou augmenterait les risques d'inobservance non intentionnelle et inversement. Ces résultats vont dans le sens d'autres études ou revues de littérature ayant identifié les caractéristiques de la relation entre le patient et son médecin favorisant l'observance. En effet, l'empathie de ce dernier envers la personne qui consulte et la confiance mutuelle entre les deux favoriseraient l'observance du traitement par le patient de même que sa rétention de l'information transmise par son soignant et sa satisfaction (DiMatteo, 1995; Richard & Lussier, 2016). À l'opposé, un manque d'écoute de la part du médecin favoriserait l'inobservance du traitement (DiMatteo, 1995).

Une étude auprès d'adolescents et leur thérapeute indique que l'alliance est perçue comme positive lorsqu'elle est basée sur l'égalité, le respect et la confiance mutuelle (Everall & Paulson, 2002). Les adolescents en centre de réadaptation ayant souvent des difficultés interpersonnelles, particulièrement avec l'autorité, découlant de leurs expériences relationnelles antérieures fréquemment marquées par les abus et la maltraitance (Eltz, Shirk, & Sralin, 1995; Brady & Caraway, 2002), il semble cohérent que les jeunes de l'étude puissent considérer avec attention les habiletés interpersonnelles du médecin en plus d'y être particulièrement sensibles et qu'elles soient alors essentielles au suivi des recommandations du prescripteur.

Enfin, il semble que la considération du patient comme l'égal du médecin, entre autres par le respect et l'écoute du patient, soit fortement associée à l'observance du traitement chez les adolescents puisque cela leur permettrait de s'ouvrir davantage, de s'impliquer et donc de protéger leur sentiment d'auto-efficacité et d'autonomie (Fuentes et al., 2007; Everall & Paulson, 2002; Austin, Sénécal, Guay, & Nouwen, 2011). Également, ils sont souvent réfractaires face à l'autorité et au contrôle, ce qui défavoriserait l'observance (Everall & Paulson, 2002; Austin et al., 2011). Les jeunes en centre de réadaptation étant souvent confronté au contrôle, à l'autorité et ayant peu de possibilités d'affirmer leur sentiment d'auto-efficacité et d'autonomie en raison des contraintes et des nombreuses règles associées à leur contexte de vie, il se peut très bien qu'ils soient particulièrement sensibles à ces éléments dans leur relation avec leur médecin prescripteur et que cela puisse influencer leur comportement d'inobservance.

Une autre explication de l'impact de l'alliance de travail personnelle du jeune avec son médecin sur ses comportements d'inobservance est qu'une bonne empathie et écoute de ce dernier serait liée à un meilleur partage du patient de ses inquiétudes et attitudes négatives ainsi que des désagréments relatifs au traitement, ce qui favoriserait l'observance. Inversement, si la confiance

entre le clinicien et la personne qui consulte n'est pas établie, le patient peut retenir ces informations et donc empêcher le médecin d'y avoir accès et d'y remédier (Beisecker & Beisecker, 1990; Speedling & Rose, 1985; DiMatteo, 1995), ce qui défavoriserait l'observance.

Cette dernière explication semble confirmée par les résultats des analyses de médiation qui révèlent que l'alliance de travail avec le médecin est indirectement liée à l'inobservance par l'entremise des croyances et attitudes liées à la médication psychotrope chez les jeunes en centre de réadaptation. Ces résultats démontrent l'importance de l'alliance entre le médecin et le jeune dans le phénomène de l'inobservance puisqu'elle influencerait les croyances que les jeunes entretiennent au sujet de leur médication (écart différentiel entre la nécessité perçue et les inquiétudes relatives à la médication) et de la médication psychotrope en général (conviction d'une surutilisation de la médication psychotrope) qui auraient à leur tour un impact sur l'inobservance.

Il s'agit d'un apport important à la compréhension de l'inobservance chez les jeunes placés car, bien que le lien entre les croyances et attitudes par rapport à la médication psychotrope et l'alliance de travail avec le médecin avait déjà été démontré chez les jeunes en centres jeunesse (Laurier et al., 2010), les liens qui unissent les trois variables n'avaient pas été encore mis à jour. Des études avaient déjà établi qu'une bonne alliance de travail avec le médecin était fortement associée avec une plus grande nécessité perçue de la médication et moins d'attitudes négatives envers la médication (Fuertes et al., 2007; Strauss & Johnson, 2006), mais sans faire de lien direct avec l'observance du traitement. Les résultats démontrent l'importance du rôle de l'alliance de travail dans le développement de l'accord du jeune avec le traitement, élément essentiel à son bon déroulement.

L'absence des croyances relatives à la médication psychotrope comme prédicteur pourrait s'expliquer par le fait que l'inobservance non intentionnelle ne découlerait pas d'une décision consciente établie sur une considération des coûts et des bénéfices perçus du traitement pour l'échantillon à l'étude, contrairement à ce qu'avançaient certains écrits scientifiques (Lehane & McCarthy, 2007; Clifford et al., 2008). En effet, des études ont établi que plus d'inquiétudes relatives à la médication et une faible nécessité perçue de la médication prédisent l'inobservance non intentionnelle (Unni & Farris, 2011; Gadkari & McHorney, 2012), bien que ce lien soit moins puissant que pour l'inobservance intentionnelle (Wroe, 2002).

Une autre étude auprès d'adultes ayant un problème de santé physique chronique n'a pourtant pas identifié les croyances relatives à la médication comme étant un facteur prédicteur de l'inobservance non intentionnelle du traitement (Clifford et al., 2008). Les auteurs expliquent cette absence de relation entre les variables par manque de puissance statistique puisqu'ils supposent que ce lien existe, mais de façon moins prononcée que pour l'inobservance intentionnelle. Puisque, dans la présente étude auprès des jeunes en centre jeunesse, la variable écart entre la nécessité perçue de la médication et les inquiétudes relatives à celle-ci est liée à l'inobservance non intentionnelle, il se peut que l'échantillon n'ait pas été suffisant grand pour révéler un lien de prédiction entre les deux variables.

D'autres études relient plutôt l'inobservance non intentionnelle chez les jeunes au faible soutien parental dans le suivi du traitement, au manque de stratégies de rappel de la prise de la médication, à une plus faible motivation à suivre le traitement, à la consommation d'alcool (DiMatteo, 2004; Wray, Waters, Radley-Smith, & Sensky, 2006), et, chez les patients adultes, à l'incompréhension du traitement et de ses exigences ou à la présence d'anxiété (Rau, 2005; Wroe, 2002). Il semble bien que l'inobservance non intentionnelle soit un phénomène complexe et

difficile à prévoir qui relèverait de plusieurs facteurs à la fois, ce qui rend l'intervention sur cette problématique d'autant plus compliquée.

Au niveau de l'inobservance intentionnelle, les prédicteurs sont la conviction d'une surutilisation de la médication psychotrope et la prescription d'antihypertenseur, prédicteur également présent pour l'inobservance globale. Si un jeune considère que la médication psychotrope est surutilisée, on pourrait en conclure qu'il n'est pas vraiment en accord avec son traitement psychopharmacologique, qu'il trouve peut-être qu'il prend trop de médicaments psychotropes, que ceux-ci ne sont pas les solutions adéquates à ses difficultés ou même qu'il ne reconnaît pas ses propres difficultés. Cette croyance pourrait également provenir de son entourage puisqu'elle est très répandue dans la population générale (Pescosolido, Perry, Martin, McLeod, & Jensen, 2007; McGuinness & Worley, 2010). Ainsi, il ne serait pas surprenant que le jeune ayant une attitude négative envers l'utilisation de la médication psychotrope refuse de la prendre ou que sa motivation à la prendre soit basse.

La croyance selon laquelle la médication psychotrope est surutilisée par les médecins médie la relation entre la qualité générale de l'alliance de travail avec le médecin et l'inobservance intentionnelle. Il semble qu'un jeune qui a confiance en son médecin, qui trouve que son médecin comprend, respecte, écoute ses inquiétudes et son opinion par rapport au traitement et dont le médecin s'assure de son accord avec le traitement et ses objectifs aura moins tendance à considérer que les médicaments psychotropes sont surutilisés. Au contraire, un jeune frustré ou insatisfait par sa relation avec son médecin qui est marquée par le désaccord et le contrôle pourrait conserver sa perception négative d'une surutilisation de la médication, ce qui augmentera les risques d'une inobservance intentionnelle.

L'absence de relation entre l'âge, le genre, le type d'encadrement en centre de réadaptation, le nombre de médicaments et la complexité du traitement psychopharmacologique et l'inobservance (totale, non intentionnelle et intentionnelle) va à l'encontre des données d'autres études qui identifient ces facteurs comme étant liés à l'inobservance auprès d'autres populations (Baillargeon, Contreras, Grady, Black, & Murray, 2000; Brown, Broden, Wynne, Spunt, & Clingerman, 1987; Laurier et al., 2010). Il est possible que l'impact des variables sociodémographiques sur les comportements d'observance et d'inobservance ait été amoindri par l'encadrement de la prise de la médication par le personnel des centres de réadaptation. Par contre, une étude de Dean et collaborateurs (2011) auprès des enfants et adolescents recevant une médication psychotrope indique que l'âge du jeune, son genre et la complexité du traitement psychopharmacologique ne constituent pas des prédicteurs de l'observance non plus, absence de relation également démontrée dans d'autres études (Olfson, Mechanic, Hansell, Boyer, Walrup, & Weiden, 2000; Lazaratou, Anagnostopoulos, Alevizos, Haviara, & Ploumpidis, 2000; Ghaziuddin et al., 1999).

Pour le type d'encadrement en centre de réadaptation, il se peut que cette variable n'ait pas été significativement liée à l'inobservance en raison de la petite proportion de jeunes de l'échantillon qui provenaient d'un milieu moins encadré (foyer de groupe). Une meilleure représentation des jeunes des foyers de groupe serait nécessaire pour vérifier l'association de ce facteur avec l'inobservance.

Comme les jeunes nécessitant moins d'encadrement sont souvent des jeunes qui respectent généralement les consignes, les règles et qui vivent des problématiques moins sévères, il serait probable que ceux-ci soient plus respectueux de leur prescription que les jeunes en centre de réadaptation à encadrement modéré ou intensif. D'un autre côté, il se peut que la prise de

médication psychotrope soit plus supervisée dans les unités régulières ou d'encadrement intensif et que l'observance y paraisse plus élevée qu'en foyer de groupe, alors qu'il s'agirait plutôt d'un effet de la surveillance exercée par les adultes. Bref, il serait pertinent de vérifier l'existence d'un lien entre le type d'encadrement en centre de réadaptation et l'inobservance du traitement psychopharmacologique par les jeunes pour ajouter des éléments de compréhension à ce phénomène.

Limites

Comme toute étude, celle-ci présente un certain nombre de limites. En premier lieu, la mesure unique et autorapportée de l'inobservance présente des limites quant à sa fiabilité. L'équipe de recherche a tenté de recueillir une mesure de l'inobservance complémentaire auprès des membres du personnel des centres jeunesse, mais l'importante charge de travail de ceux-ci a empêché la collecte de ces données. Dans ces institutions, il est pratiquement impossible de faire un suivi serré et fiable des comportements d'inobservance par des techniques invasives ou coûteuses telles que les prélèvements réguliers de sang ou d'urine réguliers (Cramer & Rosenheck, 1998). Aussi, des études ont démontré que les différences entre les mesures autorapportées et les mesures dites «objectives» ne sont pas significatives dans le cas des adolescents (Levine et al., 2006; Burkhart, Dunbar-Jacob, & Rohay, 2001) et que ceux-ci peuvent donner des réponses fiables concernant leur observance (Kennard et al., 2004; Greenley, Stephens, Doughty, Raboin, & Kugathasan, 2010).

Par ailleurs, l'échantillon à l'étude est de petite taille et cela a pu limiter la détection de relations significatives entre certaines variables à l'étude et l'inobservance, notamment certaines classes de médicaments et le type d'encadrement des adolescents qui sont sous-représentés dans

l'échantillon. De plus, il s'agit d'un échantillon de convenance, ce qui limite considérablement la généralisation des résultats.

Des biais ont pu se produire lors de la sélection des jeunes composant l'échantillon. En effet, le recrutement s'est vu compliqué principalement par le manque de temps et de disponibilité des éducateurs pour identifier les candidats potentiels et les informer de l'étude et des membres du personnel pour renseigner les éducateurs au sujet de l'étude en cours et faire un suivi par rapport au recrutement (p. ex. faire des rappels ou informer les nouveaux éducateurs). Des membres du personnel de certains centres jeunesse se sont davantage investis dans l'étude que d'autres et cela a pu créer un biais au niveau de la sélection des participants puisque la distribution de l'échantillon selon la provenance ne correspond peut-être pas à celle de la réalité.

De plus, il est arrivé que des éducateurs écartent d'emblée des candidats potentiels compte tenu de leur manque de temps libre, leur comportement hostile ou leur inaptitude supposée à s'investir dans un processus complexe. Cela a pu générer un biais au niveau de la représentation de tous les types de candidats et de leurs difficultés de santé mentale dans la création de l'échantillon.

Il est à noter également que certains des questionnaires utilisés n'ont pas été validés auprès d'une population adolescente et que malgré le calcul de la cohérence interne, il faut rester prudent par rapport à l'interprétation des résultats.

Une autre limite concerne la grande quantité de données manquantes relatives à la spécialité du médecin prescripteur qui a empêché d'inclure cette variable dans les analyses. Des études démontrent pourtant que les pratiques de prescription de médication psychotrope varient selon les spécialités (Pincus et al., 1998; Beardsley, Gardocki, Larson, & Hidalgo, 1988). Il aurait

été intéressant de vérifier si cette variable a également un rôle à jouer dans les comportements d'inobservance des jeunes en centre de réadaptation.

Finalement, l'absence du diagnostic psychiatrique du jeune dans les données limite la compréhension des liens entre les classes de médicament prescrites et l'inobservance. Il aurait été utile de pouvoir utiliser cette donnée afin d'être plus juste dans l'interprétation des résultats.

Conclusion

L'alliance de travail est un élément au centre de la compréhension du phénomène de l'inobservance du traitement psychopharmacologique chez les jeunes en centre de réadaptation. Comme médecin, il semble particulièrement important de s'attarder à gagner la confiance du jeune, être empathique et à l'écoute du jeune pour favoriser les attitudes positives envers la médication psychotrope et l'adhésion au traitement psychopharmacologique. L'exploration des croyances du jeune quant à la médication psychotrope, particulièrement ses inquiétudes, sa conviction d'une surutilisation de la médication psychotrope ainsi que les torts attribués à celle-ci pourraient favoriser des comportements d'observance.

De plus, il est essentiel d'aborder avec le jeune les questions concernant son inobservance non intentionnelle afin de diminuer les oublis en déterminant avec lui des stratégies améliorant le rappel de la prise de médication. Il ne faut pas négliger les effets parfois néfastes des oublis de la médication sur la santé du jeune : le risque de rechute, les difficultés engendrées par le retour des symptômes, les risques pour la santé physique et la plus faible efficacité du traitement (Llorca, 2008; Olfson et al., 2000; Fenton et al., 1997).

Finalement, il faut continuer de se questionner sur le choix du traitement à privilégier lorsqu'un jeune reçoit une grande quantité de médicaments psychotropes, particulièrement lors de l'ajout de la clonidine puisque les jeunes qui en reçoivent ne semblent pas respecter la posologie

de leur traitement. Des recherches futures pourraient se pencher sur cette problématique en particulier afin de mieux déterminer les facteurs qui sont en jeu et savoir comment intervenir auprès des jeunes avec des problématiques de santé mentale complexes.

Références

- Acquaviva, E., Legleye, S., Auleley, G.R., Deligne, J., Carel, D., & Falissard B, B. (2009). Psychotropic medication in the French child and adolescent population : prevalence, estimation from health insurance data and national self-report survey data. *BMC Psychiatry*, 9, 72-78.
- Austin, S., Sénécal, C., Guay, F., & Nouwen, A. (2011). Effects of gender, age, and diabetes duration on dietary self-care in adolescents with type I diabetes: A Self-Determination Theory perspective. *Journal of Health Psychology*, 16(6), 917-928. doi: 10.1177/1359105310396392
- Awad, A. (2004). Antipsychotic medications: Compliance and attitudes towards treatment. *Current Opinion in Psychiatry*, 17(2), 75-80.
- Baillargeon, J., Contreras, S., Grady, J.J., Black, S.A., & Murray, O. (2000). Compliance With Antidepressant Medication Among Prison Inmates With Depressive Disorders. *Psychiatric Services*, 51(11), 1444-1446.
- Baumann, M., Baumann, C., Aubry, C., & Alla, F. (2005). Échelle des attitudes des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine favorisant l'observance thérapeutique. *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*, 36(1), 23-33.
- Bastiaens, L. (1995). Compliance with pharmacotherapy in adolescents: Effects of patients' and parents' knowledge and attitudes toward treatment. *Journal of Child and Adolescent psychopharmacology*, 5(1), 39-48.

- Beardsley, R.S., Gardocki, G.J., Larson, D.B., & Hidalgo, J. (1988). Prescribing of Psychotropic Medication by Primary Care Physicians and Psychiatrists. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1117-1119.
- Beisecker, A.E. & Beisecker, T.D. (1990). Patient in-formation-seeking behaviors with doctors. *Medical Care*, 28, 19-28.
- Berk, M., Berk, L., & Castle, D. (2004). A collaborative approach to the treatment alliance in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 6(6), 504-518.
- Brady, K.L., & Caraway, S.J. (2002). Home away from home: factors associated with current functioning in children living in a residential treatment setting. *Child Abuse and Neglect*, 26, 1149-1163.
- Brown, R.T., Borden, K.A., Wynne, M.E., Spunt, A.L., & Clingerman, S.R. (1987). Compliance with pharmacological and cognitive treatments for attention deficit disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26(4), 521–526.
- Burkhart, P.V., Dunbar-Jacob, J.M., & Rohay, J.M. (2001). Accuracy of Children's Self-Reported Adherence to Treatment. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(1), 27-32.
- Byrne, M., Walsh, J. & Murphy, A.W. (2005). Secondary prevention of coronary heart disease: Patient beliefs and health-related behavior. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(5), 403-415. doi: 10.1016/j.jpsychores.2004.11.010
- Chakraborty, K., Avasthi, A., Kumar, S., & Grover, S. (2009). Attitudes and beliefs of patients of first episode depression towards antidepressants and their adherence to treatment. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 44(6), 482-488.

- Clifford, S., Barber, N., & Horne, R. (2008). Understanding different beliefs held by adherers, unintentional nonadherers, and intentional nonadherers: Application of the Necessity-Concerns Framework. *Journal of psychosomatic research*, 64(1), 41-46.
- Collin, J. (2016). On social plasticity: the transformative power of pharmaceuticals on health, nature and identity. *Sociology of Health and Illness*, 38(1), 73-89. doi: 10.1111/1467-9566.12342
- Connor, D.F., Barkley, R.A., & Davis, H.T. (2000). A pilot study of methylphenidate, clonidine or the combination in ADHD comorbid with aggressive oppositional defiant or conduct disorder. *Clinical Pediatrics*, 39, 15–25.
- Connor, D.F., Fletcher, K.E., & Swanson, J.M. (1999). A Meta-Analysis of Clonidine for Symptoms of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1551-1559.
- Cramer, J.A., & Rosenheck, R. (1998). Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. *Psychiatric Services*, 49(2), 196-201.
- Dean, A.J., Wragg, J., Draper, J., & McDermott, B.M. (2011). Predictors of medication adherence in children receiving psychotropic medication. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 47(6), 350-355.
- DiMatteo, M.R. (1995). Patient adherence to pharmacotherapy: the importance of effective communication. *Formulary*, 30(10), 596-598.
- DiMatteo, M.R. (2004). Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Medical Care*, 42(3), 200-209.

- DiMatteo, M.R., Haskard, K.B., & Williams, S.L. (2007). Health beliefs, disease severity, and patient adherence: a meta-analysis. *Medical Care*, 45(6), 521-528.
- dosReis, S., Zito, J.M., Safer, D.J., Gardner, J.F., Puccia, K.B., & Owens, P.L. (2005). Multiple psychotropic medication use for youths: a two-state comparison. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15(1), 68-77.
- Duffy, F.F., Narrow, W.E., Rae, D.S., West, J.C., Zarin, D.A., Rubio-Stipec, ... Regier, D.A. (2005). Concomitant Pharmacotherapy among Youths Treated in Routine Psychiatric Practice. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15(1), 12-25.
- Ediger, J.P., Wlaker, J.R., Graff, L., Lix, L., Clara, I., Rawsthorne, P., ... Bernstein, C.N. (2007). Predictors of Medication Adherence in Inflammatory Bowel Disease. *American Journal of Gastroenterology*, 102, 1417-1426. doi: 10.1111/j.1572-0241.2007.01212.x
- Eltz, M.J., Shirk, S.R., & Sarlin, N. (1995). Alliance formation and treatment outcome among maltreated adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 19(4), 419-431.
- Emilsson, M., Gustafsson, P.A., Öhnström, G., & Marteinsdottir, I. (2017). Beliefs regarding medication and side effects influence treatment adherence in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 559-571. doi: 10.1007/s00787-016-0919-1
- Everall, R.D., & Paulson, B.L. (2002). The therapeutic alliance: Adolescent perspectives. *Counselling & Psychotherapy Research*, 2(2), 78-87.
- Fenton, W. S., Blyler, C. R., & Heinssen, R. K. (1997). Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophrenia Bulletin*, 23(4), 637-651.

- Fuertes, J. N., Mislowack, A., Bennett, J., Paul, L., Gilbert, T. C., Fontan, G., & Boylan, L.S. (2007). The physician-patient working alliance. *Patient Education and Counseling*, 66(1), 29-36.
- Gadkari, A.S., & McHorney, C.A. (2012). Unintentional non-adherence to chronic prescription medications: How unintentional is it really? *BMC Health Services Research*, 12(98), 1-12.
- Garvie, P.A., Flynn, P.M., Belzer, M., Britto, P., Hu, C., Graham, B., ... Gaur, A.H. (2011). Psychological factors, beliefs about medication, and adherence of youth with immunodeficiency virus in a multisite directly observed therapy pilot study. *Journal of Adolescent Health*, 48(6), 637-640.
- George, J., Kong, D.C.M., Thoman, R., & Stewart, K. (2005). Factors Associated With Medication Nonadherence in Patients With COPD. *CHEST*, 128, 3198-3204.
- Ghaziuddin, N., King, C.A., Hovey, J.D., Zaccagnini, J., & Ghaziuddin, M. (1999). Medication noncompliance in adolescents with psychiatric disorders. *Child Psychiatry and Human Development*, 30(2), 103-110.
- Greenley, R.N., Stephens, M., Doughty, A., Raboin, T., & Kugathasan, S. (2010). Barriers to Adherence Among Adolescents with Inflammatory Bowel Disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 16(1), 36-41.
- Griffith, A.K., Huscroft-D'Angelo, J., Epstein, M.H., Singh, N.N., Huefner, J.C., & Pick, R. (2010). Psychotropic medication use for youth in residential treatment: A comparison between youth with monopharmacy versus polypharmacy. *Journal of Child and Family Studies*, 19(6), 795-802.

- 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(5), 517-525.
- Hardeman, S. M., Harding, R. K., & Narasimhan, M. (2010). Simplifying adherence in schizophrenia. *Psychiatric Services*, 61(4), 405-408.
- Harmon, R.J. & Riggs, P.D. (1996). Clonidine for Posttraumatic Stress Disorder in Preschool Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(9), 1247-1249.
- Haw, C., & Stubbs, J. (2007). Off-label psychotropic prescribing for young persons in medium security. *Journal of psychopharmacology*, 24(10), 1491-1498.
- Hayes, A.F. (2017). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach, 2nd edition*. New York, NY: Guilford Press.
- Horne, R. & Weinman, J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(6), 555-567.
- Horne, R. & Weinman, J. (2002). Self-regulation and Self-management in Asthma: Exploring The Role of Illness Perceptions and Treatment Beliefs in Explaining Non-adherence to Preventer Medication. *Psychology & Health*, 17(1), 17-32. doi: 10.1080/08870440290001502
- Horne R., Weinman J., & Hankins, M. (1999). The Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ): The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychological Health*, 14, 1-24.

- Hosmer, D.W., Lemeshow, S., & Sturdivant, R.X. (2013). *Applied Logistic Regression, 3rd Edition*. New Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- Hunt, R.D., Minderra, R.B., & Cohen, D.J. (1986). The therapeutic effect of clonidine in attention deficit disorder with hyperactivity: a comparison with placebo and methylphenidate. *Psychopharmacology Bulletin*, 22, 229–236.
- Jonsdottir, H., Friis, S., Horne, R., Pettersen, K.I., Reikvam, A., & Andreassen, O.A. (2009). Beliefs about medications: measurement and relationship to adherence in patients with severe mental disorders. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 119(1), 78-84.
- Jonsdottir, H., Opjordsmoen, S., Birkenaes, A.B., Engh, J.A., Ringen, P.A., Vaskinn, A., ... Andreassen, O.A. (2010). Medication Adherence in Outpatients With Severe Mental Disorders: Relation Between Self-Reports and Serum Level. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 30(2), 169-175. doi: 10.1097/JCP.0b013e3181d2191e
- Kane, J. M. (2004). For Whom and When a Long-Acting Injectable Atypical Antipsychotic Might Be Appropriate? *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(1), 122-125.
- Kennard, B.D., Stewart, S.M., Olvera, R., Bawdon, R.E., Hailin, A.O., Lewis, C.P., & Winick, N.J. (2004). Nonadherence in Adolescent Oncology Patients: Preliminary Data on Psychological Risk Factors and Relationships to Outcome. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11(1), 31-39.
- Lacro, J. P., Dunn, L. B., Dolder, C. R., Leckband, S. G., & Jeste, D. V. (2002). Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: A

- comprehensive review of recent literature. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(10), 892-909.
- Langer, N. (1999). Culturally competent professionals in therapeutic alliances enhance patient compliance. *Journal of Health Care for the Poor & Underserved*, 10(1), 19-26.
- Laurier C., & Lafortune, D. (2007). Les facteurs contribuant à l'observance d'une psychopharmacothérapie chez les adolescents hébergés en centres de réadaptation. *Canadian Psychology*, 48(4), 211-220.
- Laurier, C., Lafortune, D., & Collin, J. (2010). Compliance with psychotropic medication treatment among adolescents living in youth care centres. *Children and Youth Services Review*, 32(1), 67-73.
- 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). doi: 10.1186/1744-859X-6-32
- Lehane, E. & McCarthy, G. (2007). Intentional and unintentional medication non-adherence: A comprehensive framework for clinical research and practice? A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 1468-1477. doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.07.010
- Levine, A.J., Hinking, C.H., Marion, S., Keuning, A., Castellon, S.A., Lam, M., ... Durvasula, R.S. (2006). Adherence to Antiretroviral Medications in HIV: Differences in Data Collected via Self-Report and Electronic Monitoring. *Health Psychology*, 25(3), 329-335.
- Llorca, P.-M. (2008). Partial compliance in schizophrenia and the impact on patient outcomes. *Psychiatry Research*, 161(2), 235-247.

- Longhofer, J., Floersch, J., & Okpych, N. (2011). Foster youth and psychotropic treatment: Where next? *Children and Youth Services Review*, 33, 395-404. doi: 10.1080/13648470.2010.493599
- McCracken, L. M., Hoskins, J., & Eccleston, C. (2006). Concerns about medication and medication use in chronic pain. *Journal of Pain*, 7(10), 726-734.
- McGuinness, T.M. & Worley, J. (2010). Promoting adherence to psychotropic medication for youth. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 48(10), 19-22.
- Moline, S. & Frankenberger, W. (2001). Use of stimulant medication for treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: A survey of middle and high school students' attitudes. *Psychology on the Schools*, 38(6), 569-584.
- Moses, T. (2011). Adolescents' Commitment to Continuing Psychotropic Medication: A Preliminary Investigation of Considerations, Contradictions, and Correlates. *Child Psychiatry and Human Development*, 42(1), 93-117. doi: 10.1007/s10578-010-0209-y
- Munson, M.R., Floersch, J.E., & Townsend, L. (2010). Are health belief related to adherence among adolescents with mood disorder? *Administration & Policy in Mental Health*, 37(5), 408-416.
- Oehl, M., Hummer, M., & Fleischhacker, W. (2000). Compliance with antipsychotic treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(Suppl407), 83-86.
- Olfson, M., Mechanic, D., Hansell, S., Boyer, C. A., Walkup, J., & Weiden, P. J. (2000). Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 51(2), 216-222.

- Pescosolido, B., Perry, B., Martin, J., McLeod, J., & Jensen, P. (2007). Stigmatizing attitudes and beliefs about treatment and psychiatric medications for children with mental illness. *Psychiatric Services*, 58(5), 613–618.
- Pincus, H.A., Tanielian, T.L., Marcus, S.C., Olfson, M., Zarin, D.A., Thompson, J., & Zito, J.M. (1998). Prescribing Trends in Psychotropic Medications: Primary Care, Psychiatry, and Other Medical Specialties. *Journal of the American Medical Association*, 279(7), 526-531.
- Preacher, K.J. & Hayes, A.F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 36(4), 717-731.
- Prince, J.B., Wilens, T.E., Biederman, J., Spencer, T.J., & Wozniack, J.R. (1996). Clonidine for Sleep Disturbances Associated with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A systematic Chart Review of 62 Cases. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(5), 599-605.
- Rau, J. (2005). Determinants of patient adherence to an aerosol regimen. *Respiratory Care*, 50(10), 1346–1356.
- Richard, C. & Lussier, M.-T. (2016). *La communication professionnelle en santé, 2^e édition*. Montréal : Pearson ERPI.
- Riekert, K.A. (2000). *Health beliefs and medication adherence among adolescents with chronic health conditions* (Thèse de doctorat). Accessible par la base de données ProQuest Dissertations & Theses. (UMI No. 9981859)

- Safer, D.J., Zito, J.M., & dosReis, S. (2003). Concomitant psychotropic medication for youths. *American Journal of Psychiatry*, 160(3), 438-449.
- Sewitch, M.J., Dobkin, P.L., Bernatsky, S., Baron, M., Starr, M., Cohen, M., & Fitzcharles, M.-A. (2004). Medication non-adherence in women with fibromyalgia. *Rheumatology*, 43, 648-654. doi:10.1093/rheumatology/keh141
- Speedling, E.J. & Rose, D.N. (1985). Building an effective doctor-patient relationship: From patient satisfaction to patient participation. *Social Science of Medicine*, 21, 115-120.
- Strauss, J.L. & Johnson, S.L. (2006). Role of treatment alliance in the clinical management of bipolar disorder: Stronger alliances prospectively predict fewer manic symptoms. *Psychiatry Research*, 145, 215-223. doi:10.1016/j.psychres.2006.01.007
- Street, R.L., Jr (2013). How clinician-patient communication contributes to health improvement: Modeling pathways from talk to outcome. *Patient Education and Counseling*, 92, 286-291. doi: 10.1016/j.pec.2013.05.004
- Tommelein, E., Mehuys, E., Van Tongelen, I., Brusselle, G., & Boussery, K. (2014). Accuracy of the Medication Adherence Report Scale (MARS-5) as a Quantitative Measure of Adherence to Inhalation Medication in Patients With COPD. *Annals of Pharmacotherapy*, 48(5), 589-595. doi: 10.1177/1060028014522982
- Unni, E.J. & Farris, K.B. (2011). Unintentional non-adherence and belief in medicines in older adults. *Patient Education and Counseling*, 83, 265-268. doi:10.1016/j.pec.2010.05.006
- Van Dyke, R.B., Lee, S., Jonhson, G.M., Wiznia, A., Mohan, K., Stanley, K., ... Nachman, S. (2002). Reported Adherence as a Determinant of Response to Highly Active Antiretroviral

- Therapy in Children Who Have Human Immunodeficiency Virus Infection. *Pediatrics*, 109(4), e61-e68. doi: 10.1542/peds.109.4.e61
- Weiden, P. J., & Rao, N. (2005). Teaching Medication Compliance to Psychiatric Residents: Placing an Orphan Topic Into a Training Curriculum. *Academic Psychiatry*, 29(2), 203-210.
- Wilens, T.E., & Spencer, T.J. (1999). Combining Methylphenidate and Clonidine: A clinically sound medication option. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(5), 614-616.
- Wray, J., Waters, S., Radley-Smith, R., & Sensky, T. (2006). Adherence in adolescents and young adults following heart of heart-lung transplantation. *Pediatric Transplantation*, 10(6), 694-700.
- Wroe, A.L. (2002). Intentional and Unintentional Nonadherence: A Study of Decision Making. *Journal of Behavioral Medicine*, 25(4), 355-372. doi: 0160-7715/02/0800-0355/0
- Yoon, E.Y., Cohn, L., Rocchini, A., Kershaw, D., & Clark, S. (2012). Clonidine Utilization Trends for Medicaid Children, *Clinical Pediatrics*. 51(10), 950-955. doi:10.1177/0009922812441661
- Zeber, J. E., Copeland, L. A., Good, C. B., Fine, M. J., Bauer, M. S., & Kilbourne, A. M. (2008). Therapeutic alliance perceptions and medication adherence in patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 107(1-3), 53-62. doi:10.1016/j.jad.2007.07.026
- Zito, J.M., Safer, D.J., dosReis, S., Gardner, J.F., Magder, L., Soeken, K., Boles, M., ... Riddle, M.A. (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., ... Mendez-Lewis, M. (2008). Psychotropic medication patterns among youth in foster care. *Pediatrics*, 121(1), e157-e163.

Article 2

Croyances relatives au traitement psychopharmacologique, relation avec le médecin prescripteur et comportements d'observance des jeunes en centre de réadaptation.

Julie Bellavance & Denis Lafortune

En préparation pour soumission dans la revue Psychiatrie de l'enfance

Résumé

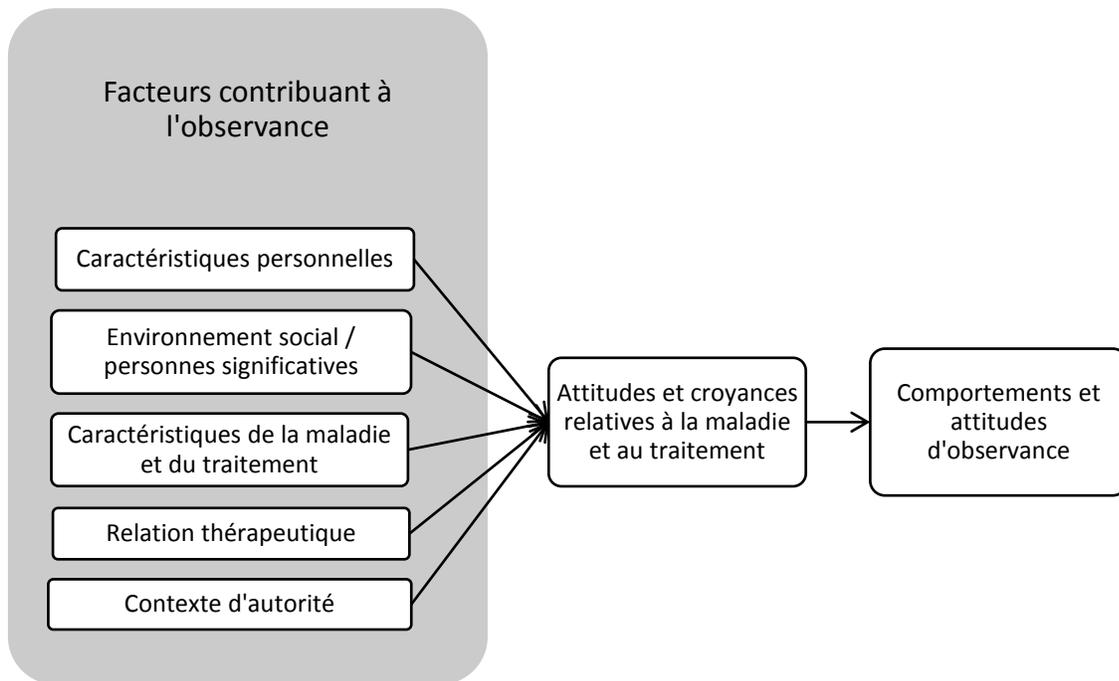
Cette étude consiste en une exploration qualitative des liens entre les types de comportements d'observance et d'inobservance, les croyances positives et négatives des jeunes envers leur traitement psychopharmacologique et leur relation avec leur médecin. Les entrevues ont été menées auprès de 33 adolescents provenant d'un centre de réadaptation ou d'un foyer de groupe et prenant une médication psychotrope. Les adolescents interviewés se divisent en quatre groupes selon leurs comportements d'observance et d'inobservance : observance, inobservance non intentionnelle, inobservance intentionnelle et inobservance mixte. Plusieurs croyances positives et négatives relatives à la médication sont énoncées par les participants concernant son sens, ses bénéfices, son efficacité, sa nécessité, ses effets indésirables et ses risques ainsi que l'image de soi à laquelle elle renvoie. Les groupes se distinguent principalement au niveau de la perception des bénéfices secondaires et des effets indésirables de la médication. Les participants rapportent également des aspects positifs et négatifs concernant leur médecin relatifs à son empathie, sa gentillesse et son authenticité, son inconditionnalité, son implication du jeune dans le traitement, son engagement envers ce dernier, l'importance accordée à l'expérience du jeune, la valorisation de celui-ci et sa compétence. Plus le jeune perçoit ces comportements chez son médecin, plus il y a de chances qu'il respecte sa prescription et vice-versa, particulièrement si le médecin est empathique, attentif à l'expérience de l'adolescent et qu'il l'implique dans la démarche de soins. Les résultats mettent en lumière l'importance de l'accord du jeune avec son traitement qui va de pair avec sa compréhension de celui-ci et de ses bénéfices ainsi que du support à l'autonomie du patient par le médecin dans le phénomène de l'observance de la médication psychotrope.

Contexte théorique

L'utilisation de médicaments psychotropes chez les adolescents est en hausse depuis plusieurs années (Lafortune & Collin, 2006). Dans le cas spécifique des jeunes en centre de réadaptation, jusqu'à 49,0% d'entre eux reçoivent une médication psychotrope (dosReis, Zito, Safer, Gardner, Puccia, & Owens, 2005). Malgré l'importante tendance à prescrire ce type de traitement chez cette population, l'observance de la prescription, facteur déterminant dans l'efficacité du traitement psychopharmacologique (Llorca, 2008; Langer, 1999), est loin d'être optimale. En effet, jusqu'à 70% des adolescents en centre de réadaptation au Québec ne prennent pas leur médicament tel que prescrit par leur médecin (Laurier, Lafortune, & Collin, 2010).

Des chercheurs se sont penchés sur l'étude des prédicteurs des comportements d'observance des jeunes placés et il a été démontré que plusieurs facteurs sont impliqués dans ce phénomène. À partir d'une revue de littérature scientifique, Laurier et Lafortune (2007a) ont élaboré un modèle conceptuel de l'observance de la médication psychotrope chez les jeunes en centre de réadaptation (Figure 1) mettant en évidence l'importance des caractéristiques personnelles de l'adolescent (notamment l'âge, la tendance à l'hostilité, l'agressivité et l'indépendance, la capacité et la motivation à suivre les recommandations du médecin, la recherche d'autonomie, la recherche de l'approbation des pairs, la confiance envers les figures d'autorité et le sentiment d'invulnérabilité), de son environnement social (problèmes familiaux, l'implication parentale dans le traitement, les perceptions et attitudes des parents, éducateurs et amis du jeune et la stigmatisation), des caractéristiques de la maladie et du traitement (diagnostic ou type de trouble, prégnance des symptômes, perception des symptômes par le jeune, effets secondaires, complexité et coûts du traitement et le type de médication), de la qualité de la relation

Figure 1. Modèle de l'observance des jeunes en centre de réadaptation selon Laurier et Lafortune (2007a)



thérapeutique avec le médecin (le degré de supervision du médecin de l'observance du traitement, le style de communication du médecin, l'origine de la demande de consultation et la familiarité du médecin avec le contexte des centres de réadaptation) et du contexte d'autorité dans lequel le jeune évolue (le type de placement et l'encadrement de la prise de médication, la résistance du jeune face au contexte d'autorité) dans le développement des croyances et attitudes relatives au traitement psychopharmacologique. Ces dernières auraient un impact sur les comportements d'observance des jeunes placés ce qui, dans un deuxième temps, entraînerait des conséquences pour le pronostic du patient.

Des études ont également mis en évidence le lien entre l'observance, les croyances relatives à la médication et l'alliance de travail avec le médecin (DiMatteo, Haskard, & Williams, 2007; Munson, Floersch, & Townsend, 2010; Garvie et al., 2011; Sewitch et al., 2004; Holzinger,

Loffler, Muller, Priebe, & Angermeyer, 2002). Il s'agit d'éléments intégrés au modèle de Laurier et Lafortune (2007a) et sur lesquels la présente étude se penche en raison de leur forte association avec les comportements d'observance et de leur caractère dynamique, c'est-à-dire susceptible d'être modifiés.

Le *Health Belief Model* (Horne & Weinman, 1999) tente d'expliquer l'impact des croyances relatives au traitement sur l'observance des patients. Il indique que les patients adoptent des comportements relatifs à leur santé, dont l'observance du traitement, en fonction des coûts et des bénéfices perçus associés à ces comportements. Plus les patients perçoivent des bénéfices associés au suivi des recommandations de leur médecin, plus ils ont tendance à les respecter. Inversement, plus les patients leur associent des désavantages ou des coûts, moins ils les suivent.

Une étude de Horne et Weinman (1999) réalisée auprès d'adultes ayant des troubles de santé physique a montré que la nécessité perçue de la médication prédit l'observance du traitement et que les inquiétudes relatives à la médication favorisent l'inobservance de celui-ci. De plus, l'écart entre les coûts et les bénéfices attribués est un important prédicteur des comportements d'observance (19% de variance expliquée) (Horne & Weinman, 1999).

Une autre étude auprès d'adolescents recevant des antidépresseurs indique que l'observance de la prescription est associée à leurs attitudes relatives à leur médication (Munson et al., 2010). Les croyances au sujet du traitement, surtout la menace que représente la maladie pour le patient, ont également été identifiées comme prédicteurs de l'observance auprès d'adolescents recevant une médication pour traiter le VIH (Garvie et al., 2011). Des études menées auprès d'enfants, d'adolescents et d'adultes présentant des troubles physiques ou psychologiques ont identifié de nombreuses attitudes pouvant être liées à l'observance : la sévérité et la menace perçue du trouble, l'efficacité, la nécessité, l'appréciation, les inquiétudes et les effets secondaires

associés au traitement et la reconnaissance de la problématique (Garvie et al., 2011; Horne & Weinman, 1999; Bowen, Fenton, & Rappaport, 1991, Moline & Frankenberger, 2001; Buston & Wood, 1999; van Es et al., 1998).

Toutefois, aucune étude n'a évalué la présence du lien entre les croyances et attitudes relatives au traitement auprès des jeunes en centre de réadaptation et aucune étude n'a identifié celles qui seraient liées aux comportements d'observance dans ce milieu institutionnel. Comme l'expérience d'un traitement est unique et construite subjectivement à partir de multiples informations, il est important d'étudier les attitudes spécifiques d'une population à l'égard de celui-ci pour ensuite comprendre leurs liens avec les comportements d'observance.

Une étude de Townsend, Floersch et Findling (2009) auprès d'adolescents recevant une médication psychotrope met en évidence des différences importantes entre la perception des jeunes de leur traitement et celle des adultes. Les auteurs expliquent ce phénomène par les différences au niveau du stade développemental (recherche d'indépendance et d'autonomie et différenciation par rapport aux figures parentales et d'autorité chez les adolescents), de la chronicité des symptômes, des diagnostics et troubles de santé mentale et des types de médicaments utilisés. À la lumière de ces résultats, il est possible de croire qu'un écart existe également entre les attitudes des adolescents en général de ceux en centre de réadaptation compte tenu, entre autres, de leur contexte et historique de vie particulier, de l'écart au niveau de la prévalence et la sévérité des troubles et des symptômes entre les deux groupes (Toupin, Pauzé, & Lanctôt, 2009) et donc des différences au niveau des traitements et de leur application.

Le lien entre l'alliance de travail établie entre le médecin et le patient et l'observance a été démontré dans diverses études (Zeber et al., 2008; Lacro, Dunn, Dolder, Leckband, & Jeste, 2002; Fenton, Blyler, & Heinssen, 1997; Fuertes et al., 2007; Shrank et al., 2009; Awad, 2004). Une

étude de Sewitch et collaborateurs (2003) a identifié les composantes de la relation avec le médecin qui prédisent l'inobservance non intentionnelle et intentionnelle auprès de patients adultes atteints d'un trouble physique chronique. Les résultats indiquent que vivre des désaccords avec son médecin augmente le risque d'inobservance intentionnelle.

Une méta-analyse de Karver, Handelsman, Fields et Bickman (2006) démontre que plusieurs contributions du thérapeute auprès de leurs patients adolescents constituent des prédicteurs des bons résultats du traitement, ce qui laisse sous-entendre une observance adéquate. Selon cette étude, les habiletés interpersonnelles du thérapeute (ex.: empathie, chaleur, l'authenticité), son habileté à influencer le patient et l'alliance thérapeutique avec le jeune client ont un effet positif sur les résultats du traitement. Le dévoilement de soi du thérapeute n'a, quant à lui, pas d'effet sur les résultats du traitement auprès des adolescents (Karver et al., 2006).

Une revue de littérature de DiMatteo (1995) indique que la communication efficace, juste et claire de l'information au patient est associée à une meilleure observance du traitement. Pour favoriser cette communication efficace, l'empathie de la part du médecin envers le jeune et la confiance mutuelle sont essentielles. En contrepartie, un médecin qui n'adopte pas ce style de communication et qui serait plutôt insensible, invalidant, peu à l'écoute et peu au fait de l'expérience du patient verrait la relation avec son patient se détériorer (DiMatteo, 1995). Celui-ci aurait tendance à limiter sa participation aux rencontres en ne posant pas de questions et en fournissant de l'information limitée (DiMatteo, 1995).

Toujours selon DiMatteo (1995), l'implication du patient dans les décisions relatives au traitement est fortement liée à l'observance du traitement. Les échanges exploratoires autour des solutions et stratégies de traitement possibles favorisent la mise en place d'exigences du traitement et de résultats plus réalistes et plus satisfaisants pour le patient qui aura donc plus tendance à

adhérer à ce traitement (DiMatteo, 1995). Une approche autoritaire et directive qui limite l'information transmise au patient et sa participation dans les décisions peut faire en sorte que celui-ci omette à son tour de livrer de l'information utile au bon déroulement du traitement, nuisant ainsi à l'observance (DiMatteo, 1995).

Des caractéristiques de l'alliance de travail avec le médecin et des comportements d'observance des patients s'inscrivent dans la perspective de la théorie de l'autodétermination. En effet, plusieurs composantes de l'alliance favorisant l'observance correspondent à l'habileté du médecin à supporter le développement de l'autonomie du patient par rapport à son traitement par la reconnaissance de l'opinion et de l'expérience du patient, la transmission de l'information au sujet du traitement et des options possibles et la faible ou l'absence de l'utilisation du contrôle pour l'adoption des comportements de santé, incluant l'observance (Deci & Ryan, 2000; Vallerand, 1997; Austin, Sénécal, Guay, & Nouwen, 2011).

Des études réalisées auprès d'adultes et d'adolescents atteints du diabète indiquent d'ailleurs qu'un médecin soutenant l'autonomie de son patient fait en sorte que celui-ci se sente plus efficace dans l'application de son traitement et intrinsèquement motivé à le suivre, ce qui favorise grandement les comportements d'observance (Austin et al., 2011; Williams, McGregor, Zeldman, Freedman, & Deci, 2004).

Plusieurs éléments de l'alliance et plusieurs contributions du clinicien sont en jeu dans le phénomène de l'observance du traitement. Certains changent selon la population étudiée, la profession du clinicien, le type de traitement et le contexte dans lequel la relation est établie. Comme pour les croyances envers le traitement, il devient donc pertinent d'explorer en détail les éléments de l'alliance impliqués dans l'observance de la prescription pour le type de dyade étudiée,

dans ce cas-ci, les jeunes en centre de réadaptation recevant une médication psychotrope et leur médecin.

Il semble important d'explorer le rôle de l'alliance de travail et de ses composantes auprès de cette population puisqu'elle possède quelques caractéristiques qui pourraient affecter la mise en place de l'alliance et donc son lien avec l'observance. En effet, les adolescents en centre de réadaptation sont nombreux à avoir vécu des expériences de négligence, d'abus, de séparations et de maltraitance (Lafortune, 2010; Lafortune, Meilleur & Bellavance, 2012), ce qui pourrait alors affecter la façon dont ils entrent en relation avec une figure d'autorité et leur capacité à lui faire confiance. Aussi, la demande de consultation du médecin provient souvent d'une tierce personne comme un éducateur, un psychologue ou un travailleur social et rarement du jeune lui-même (Lafortune, 2010), ce qui peut entraver la formation de l'alliance de travail. De plus, le médecin est souvent un consultant externe et occasionnel (Lafortune, Laurier, & Gagnon, 2004), il est donc difficile de savoir s'il est au fait des particularités personnelles et contextuelles des jeunes en centre de réadaptation pour pouvoir adapter son approche relationnelle et le traitement psychopharmacologique en conséquence, ce qui pourrait faciliter l'installation d'une alliance de travail avec le jeune. Finalement, les médecins travaillant avec la clientèle des centres jeunesse sont peu nombreux et très occupés, ce qui limite grandement le choix du médecin par le jeune et peut le décourager à demander à changer s'il est insatisfait.

Les adolescents en centre jeunesse n'y sont pas tous hébergés selon le même contexte de vie et en fonction des mêmes raisons. En effet, certains d'entre eux vivent en foyers de groupe, unités qui ressemblent à des maisons traditionnelles et qui sont situées en milieu communautaire alors que d'autres demeurent dans des centres rassemblant plusieurs unités en un seul lieu où se

trouvent des services communs d'où les jeunes peuvent sortir pour aller travailler ou fréquenter l'école ou bien d'où ils ne peuvent sortir (encadrement intensif).

Le milieu de vie où ils sont hébergés, ses contraintes et ses fonctions peuvent influencer le type d'approche que les jeunes auront envers leur médecin. Si l'autorité et le contrôle dominent leur milieu de vie, il se peut qu'ils refusent une relation en apparence d'autorité supplémentaire. Il se peut également qu'ils perçoivent qu'au contraire, cette relation est plus égalitaire et qu'ils l'apprécient. Ceux qui vivent moins de contrôle dans leur milieu de vie pourraient être d'emblée plus ouverts à s'engager dans une nouvelle relation avec un professionnel.

Aussi, les adolescents placés le sont selon deux lois distinctes : la Loi sur la protection de la jeunesse et la Loi sur le système de justice pénale des adolescents. Comme certains jeunes sont placés pour leur protection, le contexte de l'hébergement est donc moins axé sur le contrôle et l'autorité que le contexte de détention dans lequel sont placés les autres jeunes. Encore une fois, plus il y a présence de contraintes et de relations autoritaires, plus il est possible de croire que la relation avec le médecin va être abordée plus difficilement par le jeune.

Bien que de nombreux modèles conceptuels de l'alliance de travail aient déjà été conçus (Bordin, 1979, Frank & Frank, 1991, Elvins & Green, 2008), aucune étude n'a vérifié l'adéquation de ces modèles avec la relation des jeunes en centre de réadaptation recevant une médication psychotrope avec leur médecin prescripteur ni associé des composantes de l'alliance de travail avec les comportements d'observance et d'inobservance de cette population. Hougaard (1994) souligne d'ailleurs l'importance d'étudier qualitativement les composantes de l'alliance de travail selon chaque type de dyade afin d'en saisir les particularités et les caractéristiques des composantes en jeu, ce que fait la présente étude.

Dans le cadre de l'étude actuelle, le modèle de Hougaard (1994) a été sélectionné pour sa prise en compte des contributions communes et spécifiques de chacun des protagonistes dans la formation de l'alliance de travail. En effet, suite à une importante recension et analyse des modèles de l'alliance décrits dans la littérature scientifique, Hougaard (1994) identifie les contributions du thérapeute, du patient et dyadiques mises en œuvre dans les deux composantes de l'alliance de travail : l'alliance personnelle et l'alliance collaborative. La première concerne l'aspect socioaffectif de la relation du patient avec son clinicien et la seconde correspond à la relation de travail autour du traitement et des tâches associées entre le clinicien et son patient (Hougaard, 1994).

Les contributions du clinicien dans la formation de l'alliance personnelle sont l'authenticité du clinicien, sa chaleur, son inconditionnalité et son empathie (Hougaard, 1994). Au niveau de l'alliance collaborative, le clinicien y contribue par son expertise, son engagement, son implication et ses efforts pour renforcer les attentes positives du patient (Hougaard, 1994).

La présente étude se penche spécifiquement sur les contributions du médecin prescripteur dans l'alliance de travail telles que perçues par les jeunes placés en centre de réadaptation et recevant une médication psychotrope afin de déterminer quels comportements et attitudes du médecin contribuent à cette relation thérapeutique particulière – comme le recommande de nombreux auteurs (Handwerk et al., 2008; Orsi, Lafortune, & Brochu, 2010) – et sont associés aux comportements d'observance.

En regard des travaux publiés à ce jour, les objectifs de la présente étude sont 1) identifier et décrire les croyances et perceptions des jeunes placés recevant une médication psychotrope au sujet de leur traitement psychopharmacologique et de leur médecin prescripteur et 2) comparer ces croyances et perceptions en fonction des comportements d'observance, d'inobservance non

intentionnelle, d'inobservance intentionnelle et d'inobservance mixte. L'information ainsi recueillie pourra bonifier et préciser le modèle de Laurier et Lafortune (2007a) et mettre en lumière des éléments essentiels dans l'obtention de la collaboration des jeunes placés et suivant un traitement psychopharmacologique.

Méthodologie

Déroulement

Les adolescents recevant une médication psychotrope ont été recrutés à partir de centres de réadaptation et foyers de groupe situés sur les territoires des Centres jeunesse de Montréal et de Laval. Les membres de la direction des centres étaient d'abord rencontrés par un agent de recherche qui leur expliquait l'étude puis en informait les éducateurs dans les différentes unités. Ces derniers, après avoir reçu un pamphlet décrivant l'étude et le profil des participants recherchés, devaient repérer les jeunes sous médication psychotrope à partir des dossiers cliniques. Les candidats étaient approchés pour participer à la recherche s'ils répondaient aux critères suivants : 1) être âgé de 12 à 17 ans; 2) prendre au moins un médicament psychotrope depuis au moins un mois; 3) comprendre, lire et parler français; et 4) ne pas avoir de diagnostic de retard mental. Les candidats participaient sur une base volontaire et devaient donner leur consentement écrit, et ce, après que leur parent ou tuteur ait également consenti à cette participation.

L'étude faisant partie d'une recherche plus large, les jeunes devaient d'abord remplir des questionnaires lors d'une première rencontre, puis leur intérêt à participer à l'entrevue semi-structurée était vérifié. Ils étaient alors informés des thèmes principaux abordés, de la durée et du contexte de l'entrevue (salle privée, enregistrement, confidentialité) qui aurait lieu avec le même

agent de recherche. Ceux qui se portaient volontaires étaient alors rencontrés une deuxième fois pour l'entrevue.

La collecte de données s'est déroulée sur trois ans de 2012 à 2015. Un nombre approximatif de 60 éducateurs (c.-à-d. cinq par unité ou foyer) ont été approchés pour recruter des participants sur un potentiel total de 108 éducateurs. Sur une population totale d'environ 160 jeunes respectant les critères de sélection dans les 12 unités de vie et foyers de groupe ciblés par l'étude, 90 ont participé à l'étude. Le recrutement s'est vu compliqué principalement par la difficulté à obtenir la signature des parents, attestant qu'ils consentent à ce que leur enfant participe à la recherche. En effet, malgré un accord verbal, plusieurs parents ont omis de retourner le formulaire de consentement. Il est également arrivé que certains jeunes refusent de participer vu la longueur de la procédure, le manque d'intérêt pour le sujet de l'étude ou le manque d'incitatif à en faire partie. Aussi, la mise à l'écart de candidats potentiels par les éducateurs compte tenu de leur manque de temps libre, leur comportement hostile, la sévérité de leurs symptômes ou leur inaptitude supposée à s'investir dans un processus complexe a contribué à l'élimination de possibles participants à l'étude.

Les participants à la collecte des données qualitatives ont été recrutés à partir des 90 jeunes engagés dans le premier volet. Trois sites situés en Montérégie ont été écartés de la deuxième partie en raison de difficultés logistiques liées au retour dans ces centres plus éloignés. Deux autres sites ont décidé de se retirer de l'étude avant la collecte de données qualitatives vu l'importante durée de l'étude et l'ampleur de la charge de travail exigée pour le personnel. Au final, les participants ($n = 47$) ont été invités à prendre part au volet qualitatif dans cinq centres de réadaptation. Certains jeunes ont refusé de faire l'entrevue ($n = 11$). D'autres ont quitté ($n = 3$)

l'établissement avant la mise en marche de la deuxième partie. Finalement, 33 jeunes ont fait l'entrevue.

La collecte de données de la présente étude consistait en la passation auprès des jeunes d'une entrevue semi-structurée de 30 à 45 minutes avec un agent de recherche au sujet de leur médication psychotrope, de leurs difficultés de santé mentale, de leurs motifs d'observance et d'inobservance, de leurs croyances et perceptions par rapport à la médication, de leur expérience avec leur médecin prescripteur, de leur qualité de vie actuelle, de leurs projets, de leur consommation d'alcool et de drogues et de leurs stratégies d'adaptation. Les questions abordées sont présentées à la fin de l'article (Annexe 1).

Les entrevues se sont déroulées dans une salle privée sur le site du centre de réadaptation, ont été enregistrées et ensuite retranscrites. Un agent de recherche a également collecté les informations sociodémographiques (âge, genre, établissement, type de placement) à partir des dossiers cliniques.

Échantillon

L'échantillon est composé de 33 jeunes dont l'âge moyen est de 14,9 ans. Il y a 45,5% (15/33) de garçons et 54,5% (18/33) de filles. Au niveau du type de placement, 9,1% (3/33) de jeunes proviennent d'un foyer de groupe et 90,9% (30/33) des jeunes proviennent d'un centre de réadaptation à encadrement modéré ou intensif.

Parmi les participants à l'étude, 24,2% (8/33) d'entre eux ne présentent pas ou très peu de comportements d'inobservance, ils constituent le groupe de l'*observance*. Les jeunes présentant des comportements d'inobservance sont nettement majoritaires avec 75,8% (25/33) des participants qui en rapportent. De ces derniers, 44,0% (11/25) présentent exclusivement de l'inobservance non intentionnelle et 20,0% (5/25) rapportent uniquement de l'inobservance

intentionnelle, ils constituent respectivement les groupes *inobservance non intentionnelle* et *inobservance intentionnelle*. Également, 36,0% (9/25) des participants présentent de l'inobservance à la fois intentionnelle et non intentionnelle et sont inclus dans le groupe *inobservance mixte*. Les données sociodémographiques des participants des quatre groupes sont présentées dans le Tableau 1.

Analyses qualitatives

D'abord, les participants ont été classés dans quatre groupes selon la description de leurs comportements d'observance et d'inobservance. Il a été décidé de distinguer les types de comportements d'inobservance (intentionnelle, non intentionnelle ou mixte) puisque des écrits scientifiques indiquent que les facteurs liés à ceux-ci peuvent différer (Dean, Wragg, Draper, & McDermott, 2011; Sewitch et al., 2004).

Les données qualitatives obtenues des entrevues ont été analysées avec le logiciel QDA Miner selon une analyse thématique de base à la fois inductive et déductive (Bradley, Curry, & Devers, 2007). L'ensemble des entrevues a d'abord été parcouru en profondeur pour en extraire les passages traitant de ce que les jeunes pensent de leur traitement psychopharmacologique et de leur médecin. De ces extraits, les codes, les sous-catégories et certaines catégories ont été formés de façon inductive (ex. : les effets indésirables des médicaments psychotropes, le sens de la médication psychotrope, l'implication du jeune par le médecin dans la démarche de traitement), alors que certaines catégories et les thèmes ont été déterminés à l'avance à partir de la littérature scientifique (ex. : croyances positives relatives à la médication, croyances négatives relatives à la médication, chaleur et acceptation du médecin, compétence du médecin) (Patton, 2002).

Cette méthode d'analyse mixte a été privilégiée puisque l'étude se veut exploratoire. L'observance du traitement psychopharmacologique par les jeunes placés en centre de réadaptation n'ayant jamais été étudiée, il est préférable de procéder de manière inductive pour

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques des participants selon leurs comportements d'observance et d'inobservance de leur traitement psychopharmacologique

Caractéristiques	Observance	Inobservance non intentionnelle	Inobservance intentionnelle	Inobservance mixte
<i>n</i>	8	11	5	9
Proportion de jeunes	24,2% (8/33)	33,3% (11/33)	15,2% (5/33)	27,3% (9/33)
Âge moyen	15,0 ans	14,8 ans	15,0 ans	14,7 ans
Âge minimum	13 ans	12 ans	14 ans	13 ans
Âge maximum	16 ans	16 ans	16 ans	17 ans
Filles	62,5% (5/8)	18,2% (2/11)	80,0% (4/5)	77,8% (7/9)
Garçons	37,5% (3/8)	81,8% (9/11)	20,0% (1/5)	22,2% (2/9)
Encadrement léger	25,0% (2/8)	9,1% (1/11)	0,0% (0/5)	0,0% (0/9)
Encadrement intensif	75,0% (6/8)	90,9% (10/11)	100,0% (5/5)	100,0% (9/9)

mettre en évidence toutes les croyances et perceptions possibles. D'autre part, de nombreux modèles ont été testés auprès d'autres populations en ce qui concerne les croyances et perceptions associées aux médicaments psychotropes et aux médecins. Il est donc aussi pertinent de se référer aux éléments déjà existants dans la littérature scientifique.

L'analyse du contenu des entrevues a été effectuée selon la méthode des réseaux thématiques (Attride-Stirling, 2001) qui implique la mise en valeur des thèmes présents dans le contenu des entrevues selon différents niveaux et à partir d'étapes précises. Il s'agit d'abord de coder les extraits pertinents, ensuite d'identifier les thèmes repérés par l'analyste dans le matériel codé, de rassembler les codes sous ces thèmes (catégories) de plus en plus globaux afin d'organiser l'information en un réseau thématique, c'est-à-dire un schéma en forme de toile (*web-like illustration*) (Attride-Stirling, 2001).

Dans la présente étude, chaque extrait d'entrevue abordant une croyance ou une perception a été identifié et classé sous un des deux thèmes selon qu'elle est positive ou négative puis associé à un code. Par exemple, l'extrait: « Je trouve que ma médication m'aide à mieux me concentrer en classe» est associé au code *la médication améliore la concentration*. Tous les extraits prélevés sont associés au code jusqu'à saturation de chaque thème, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'aucun nouveau code ne s'ajoute à la liste de ceux déjà présents (Bradley et al., 2007). Ces codes ont ensuite été regroupés en sous-catégories puis en catégories selon leur similarité au niveau de leur thématique. Par exemple, tous les codes associés à une amélioration d'une habileté due à la médication (aide à la concentration, aide à dormir, améliore l'humeur...) ont été regroupés dans la sous-catégorie *la médication améliore certaines habiletés*. Puis tous les bénéfices directement liés aux effets principaux de la médication (amélioration d'une habileté, réduction d'un symptôme ou d'un trait désagréable ou indésirable) ont été rassemblés dans la catégorie des *bénéfices primaires/efficacité perçue de la médication psychotrope* dans le thème des croyances positives.

Les thèmes découlant du *Health Belief Model* (Horne & Weinman, 1999) regroupent les croyances positives et les croyances négatives par rapport au traitement psychopharmacologique. Dans le cas des perceptions positives et négatives relatives au médecin prescripteur, des catégories proviennent du modèle de l'alliance de travail d'Hougaard (1994) : authenticité, chaleur et acceptation, inconditionnalité, empathie, expertise, engagement et efforts pour renforcer les attentes positives du patient). Le regroupement des sous-catégories en catégories a été effectué par un membre de l'équipe de recherche et a été supervisé, révisé et approuvé par le responsable de la recherche.

La représentativité des catégories et des sous-catégories pour tous les participants et dans chacun des groupes de jeunes déterminés selon leur comportement d'observance et d'inobservance

a été évaluée sommairement à l'aide de trois indicateurs : si elles sont partagées par la majorité des membres du groupe (50% et plus), sont partagées par une minorité des membres (1% à 49%) ou ne sont pas mentionnées par les membres du groupe. Cette classification est utilisée à titre indicatif seulement et ne doit pas être considérée comme une quantification des résultats. Elle est présentée à l'Annexe 2.

Résultats

Les catégories des thèmes abordés par les participants sont d'abord décrites et présentées schématiquement pour l'échantillon global, puis pour chacun des sous-groupes de jeunes tels que définis par leur comportement d'observance ou inobservance. L'ensemble des thèmes, catégories, sous-catégories et codes ont été rassemblés dans les Annexes 3 et 4.

Croyances relatives au traitement psychopharmacologique

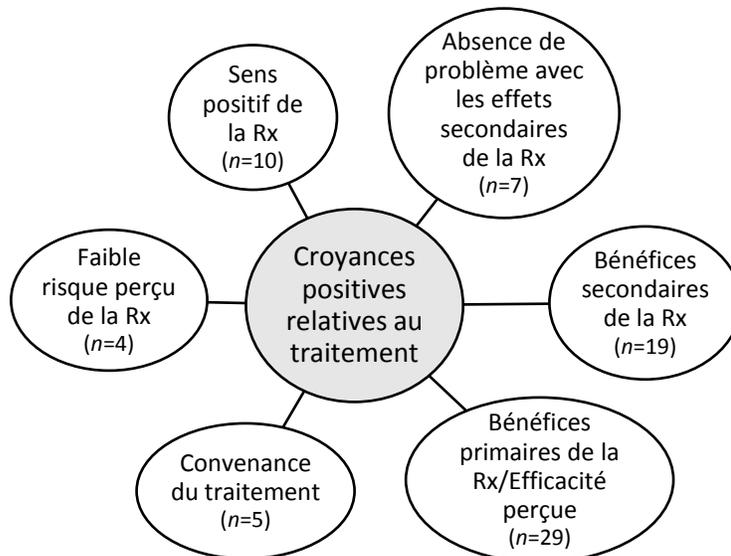
Les participants énoncent plusieurs croyances positives relativement à leur traitement psychopharmacologique rassemblées en cinq catégories (Figure 2).

D'abord, de nombreux jeunes indiquent observer et ressentir des effets bénéfiques associés à la prise de leur médication. Presque tous croient que leur traitement est efficace puisqu'ils remarquent une augmentation de certaines habiletés, comme une meilleure humeur ou concentration, et/ou une diminution de certains symptômes tels que l'anxiété, l'agitation ou l'agressivité.

Jonathan, 13 ans – Inobservance intentionnelle : « Mais c'est sûr que oui ça [la médication psychotrope] va me faire un effet, bien ça me fait un effet, je suis plus concentré pis tout là. »

Dave, 15 ans – Inobservance non intentionnelle : « Ben [avec la médication psychotrope] ça va mieux, je suis capable de mieux gérer euh mon impulsivité, c'est comme, c'est comme, je vois arriver les décisions impulsives. Fait que je suis capable de les contourner, je suis capable de dire "non". Ça résout bien des problèmes, rien que "non". »

Figure 2. Représentation schématique des catégories du thème des croyances positives relatives au traitement psychopharmacologique rapportées par les participants.



Justine, 16 ans – Observance : « Avant [de prendre mes médicaments psychotropes] j'avais beaucoup plus d'anxiété. Je m'automutilais beaucoup puis je ne *feélais* vraiment pas. Puis je n'étais pas *parlable*. Puis aujourd'hui ça m'aide [de prendre des médicaments psychotropes] parce que je suis capable de parler, de rire, l'anxiété elle baisse, pis ça aide.»

Aussi, un peu plus de la moitié des participants rapportent vivre des bénéfices secondaires, c'est-à-dire des impacts positifs découlant de l'effet de leur traitement sur leur santé mentale, tels qu'un meilleur fonctionnement dans une sphère de leur vie (ex. : vie sociale ou familiale), un sentiment de bien-être ou une plus grande confiance en soi. La médication serait également perçue comme un soutien à l'espoir ou à l'accomplissement de changements positifs souhaités (ex. : terminer ses études secondaires ou se trouver un travail). De plus, des jeunes soulèvent l'impact positif de la médication sur les conséquences négatives pouvant découler de symptômes extériorisés non contrôlés telles que le fait de s'attirer des reproches ou punitions. Finalement, un participant rapporte la satisfaction éprouvée par son entourage par rapport à sa prise de médication.

Justine, 16 ans – Observance : « [Avec la médication psychotrope, je] n'avais plus peur des journées. Je pouvais faire des choses normalement sans avoir peur de détruire ma vie sociale. »

Alice, 14 ans – Inobservance intentionnelle : « [...] ça [médicament psychotrope] te donne une bonne poussée positive, que tu te dis peut-être que les choses vont s'arranger. »

Karine, 15 ans – Inobservance mixte : « Mais avec le médicament, ça m'a calmée un peu puis ça m'a aidée à voir des choses, à comprendre. Oui mon médicament il m'a aidée. Quand même sans médicament, je ne serais pas là dans l'entrevue. Je serais sûrement au 624, tu sais le truc d'isolement. Parce que je ne serais pas capable de m'asseoir ici puis de parler comme ça. »

Certains participants perçoivent la médication psychotrope comme une réassurance et non pas une façon de les contrôler. D'autres indiquent qu'ils n'ont pas honte de leur traitement, qu'ils l'assument comme une chose « normale », « correcte » qui fait maintenant partie de leur vie.

Mélissa, 15 ans – Inobservance intentionnelle : « En même temps je me dis que j'ai toujours un *back up*. Moi c'est ça que j'aime. S'il arrive de quoi, je peux prendre un médic.. C'est juste ça que je pense qui va m'aider. »

Amélie, 17 ans – Inobservance intentionnelle : « Tout le monde sait que je prends des médicaments. [...] Mais je dis : " moi je prends des médicaments, j'ai des troubles ". Je suis très ouverte à en parler. Ce n'est vraiment pas personnel pour moi de dire que je prends... ou de parler de mes maladies. [...] Parce que les gens ne vont pas me juger pour ça, à moins qu'ils soient immatures. Les gens ne jugent pas parce que la plupart des gens vont en prendre au moins dans leur vie.»

Un autre bénéfice associé au médicament que décrivent quelques jeunes est l'absence d'effets secondaires ou la perception positive de ceux qui se manifestent (perte de poids). Le fait que le traitement convienne au niveau de la posologie représente aussi un élément positif pour certains d'entre eux.

Kevin, 16 ans – Inobservance non intentionnelle : « [...] j'avais un surplus de poids [...]. Pis j'ai commencé à prendre ma médication pis j'ai vraiment tout perdu mon excès de poids en l'espace de comme trois mois là. [...] Ouais, c'était bénéfique. »

Sophia, 15 ans – Inobservance mixte : « Non, parce que pour l'instant je suis bien avec la dose que j'ai. Elle ne me fait rien de néfaste. »

Justine, 16 ans – Observance : « [Je prends mes médicaments psychotropes à] 9 heures le soir parce que l'anxiété monte beaucoup le soir, parce que je me retrouve seule face à moi, puis c'est deux fois plus dur. Quand je les prends le soir ça m'aide, [...] »

Finalement, quatre jeunes croient que leur traitement ne comporte que peu ou pas de risque, que ce soit en termes de dépendances ou d'effets néfastes sur la santé.

Au niveau des croyances négatives associées au traitement psychopharmacologique, la catégorie la plus souvent rapportée parmi les six (Figure 3) concerne les effets indésirables de la médication, soient les effets secondaires négatifs et les effets principaux du médicament qui ne sont pas appréciés.

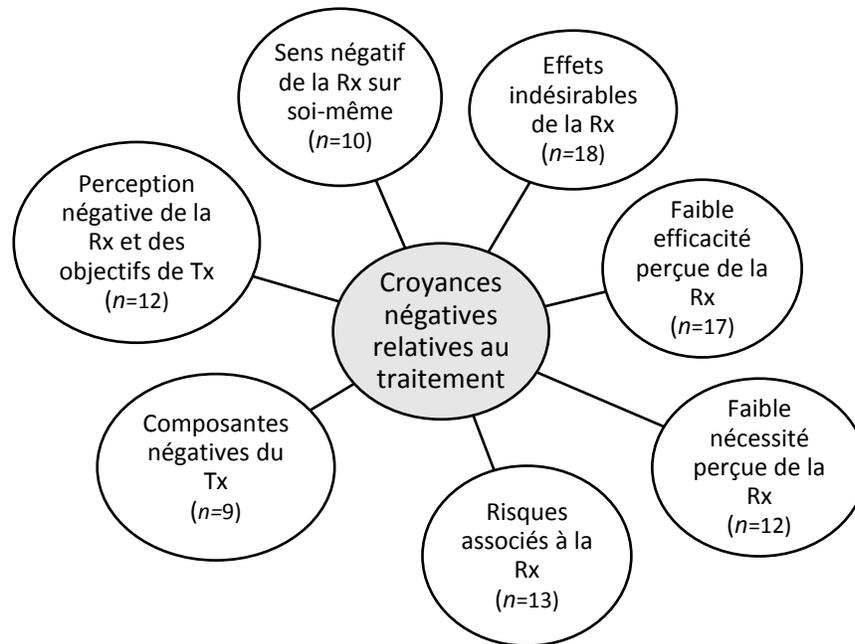
Amélie, 17 ans – Inobservance intentionnelle : « C'est ça, j'ai eu des problèmes avec mes médicaments. Un, il me faisait faire de la basse pression. L'été, je pouvais m'évanouir. Un autre, [...] un antidépresseur [...], il me faisait engraisser beaucoup. J'ai pris 60 livres en même pas un an. Puis ça, ça a fait en sorte que je ne me sentais vraiment plus bien dans mon corps, [...] Puis là j'avais déjà de la misère à m'accepter, mais là en plus de mon nouveau corps que je n'aimais pas, ce n'était vraiment pas drôle. »

Stéphanie, 14 ans – Inobservance intentionnelle : « [...] je ne suis pas d'accord avec le Seroquel parce que j'ai comme 100 mg à prendre. C'est vraiment intense. Puis genre après trente minutes, je suis *nowhere*, je ne sais plus où je suis. *My god*, c'est fou. J'ai vraiment l'impression d'être *buzzée* puis d'être droguée. Mais comme c'est les effets. Puis ça, je n'aime pas ça. »

Alice, 14 ans – Inobservance intentionnelle : « [La médication psychotrope a aussi eu des impacts] négatifs. [...] j'étais une très grande dormeuse, puis je dormais encore plus pour oublier mes affaires. [...] Là en plus que je prenais des médicaments qui m'endormaient, ça a fait que justement je dormais vraiment trop. J'étais tout le temps fatiguée puis des fois je dormais sur mon bureau [...]. Mais c'était plus mauvais que d'autre chose. »

Ensuite, un peu plus de la moitié des participants rapportent une faible efficacité perçue du traitement. Certains considèrent leur médication comme peu ou pas efficace pour la réduction de leurs symptômes et d'autres affirment que ses effets sont dus à un effet placebo. Un participant indique aussi que son corps s'étant habitué aux effets de la médication, ceux-ci ne sont plus ressentis.

Figure 3. Représentation schématique des catégories du thème des croyances négatives relatives au traitement psychopharmacologique rapportées par les participants.



Jessie, 14 ans, Inobservance mixte : « [...] pis non [ça ne m'aide pas ma médication psychotrope]. C'est parce que j'ai l'impression qu'elle ne fait pas assez effet quand je la prends. Parce que 2,5 [mg] de médication, ce n'est pas vraiment beaucoup. [...] Quand je suis vraiment en état de stress puis que j'ai le goût de me faire mal, on dirait que je n'ai pas l'impression que ça fait effet. »

Karine, 15 ans – Inobservance mixte : « C'est comme ce stress-là il va toujours être là... Mais on dirait que mes médicaments, je n'en ai même pas genre... »

Mélissa, 15 ans – Inobservance intentionnelle : « C'est comme moi puis mon médic.. Je ne prends pas une grosse dose, ça fait que peut-être que des fois ça agit pour vrai, puis peut-être des fois c'est juste psychologique. Comme j'ai pris mon médic, je vais m'endormir bientôt puis je m'endors.»

Une autre catégorie de croyances rapportées par près de la moitié des jeunes est la perception négative du médicament et des buts du traitement. En effet, certains participants énoncent que la médication constitue une substance indésirable comme la drogue, qu'elle ne

constitue qu'une obligation supplémentaire dans leur vie ou qu'elle sert à changer leur personnalité, les contrôler ou à tester ses effets sur eux.

Stéphanie, 14 ans – Inobservance intentionnelle : « C'est de la *marde* [mes médicaments psychotropes]. Je suis (sic) pas d'accord. Ils nous droguent, puis je suis (sic) pas d'accord. Vraiment pas. »

Catherine, 15 ans – Inobservance mixte : « Moi je vois ça [les médicaments psychotropes] un peu comme... Honnêtement je vois ça un peu comme de la drogue légale. Parce que quand j'ai commencé à prendre ça [Seroquel], je me sentais pas mal zombie. »

Mélissa, 15 ans – Inobservance intentionnelle : « J'ai dit non, moi je ne prends plus ça [ma médication psychotrope], c'est dégueulasse, c'est de la merde, c'est encore pire que la drogue que je prenais avant. »

Douze participants à l'étude rapportent aussi avoir un faible sentiment de nécessité de leur traitement. Certains se perçoivent comme le réel agent de changement plutôt que la médication. D'autres considèrent qu'ils n'ont pas besoin de la médication, soit parce qu'ils veulent conserver leurs symptômes, que leur contexte de vie a changé, que le besoin de médication est maintenant absent, que leurs symptômes se sont suffisamment améliorés ou qu'ils sont en désaccord avec les raisons de la prescription.

Alice, 14 ans – Inobservance intentionnelle : « Mais je les [médicaments psychotropes] ai arrêtés justement parce que je trouvais que j'étais toujours fatiguée puis j'étais juste *pfffft*. Puis j'avais moins de stress, mais vraiment moins de stress que j'avais, ça fait que je ne trouvais plus ça vraiment nécessaire. »

Mathieu, 16 ans – Inobservance mixte : « Mais là j'ai pris mes médicaments. Que j'en prenne ou que je n'en prenne pas, ça ne fait plus de différence. Je n'ai plus besoin de médication pour aller à l'école. Techniquement, moi je dis que dans mon plan d'intervention, ils devraient dire "Ok, arrête des médicaments, le faire fonctionner à l'école, voir un peu, tester un peu, deux, trois mois". »

Un même nombre d'adolescents associent leur traitement psychopharmacologique à une perception négative d'eux-mêmes. En effet, certains relatent que le fait de prendre une médication vient brimer leur sentiment d'auto-efficacité. Aussi, des jeunes peuvent se percevoir comme anormaux ou défectueux, voire même monstrueux et peuvent ressentir un malaise lorsqu'ils

prennent leur médication devant d'autres personnes. Finalement, des jeunes expliquent aussi que de se faire prescrire un traitement psychopharmacologique en réponse à certaines caractéristiques personnelles leur donne l'impression leur « vraie personnalité », n'est pas appréciée d'autrui.

Près de la moitié des participants rapportent croire qu'il existe des risques associés à leur traitement. Certains indiquent vivre une dépendance à leur médicament et d'autres craignent de devenir dépendants ou de devoir en prendre toute leur vie. Enfin, des jeunes affirment craindre les dommages potentiels de la médication sur leur santé.

Alice, 14 ans – Inobservance intentionnelle : « C'est ça justement, qu'à trente ans je sois rendue... puis je vais encore prendre mes petites pilules parce que sinon je ne pourrai pas vivre normalement. Ça, ça me faisait vraiment peur. [...] Je me suis dit qu'il fallait ben que j'arrête un jour. Pour moi c'était inconcevable que toute ma vie j'aie besoin de ça. »

Marie-Pier, 16 ans - Observance: « C'est parce que ça fait que, je ne sais pas, ça [mes médicaments psychotropes] peut donner des dépendances ou des affaires comme ça. Puis moi, avoir une dépendance aux pilules, je ne sais pas, je ne suis pas tellement... Puis ça peut donner des problèmes de santé. Comme je sais que ça peut donner des problèmes de santé à long terme. »

Également, dans une autre catégorie, quelques participants révèlent ne pas apprécier leur traitement psychopharmacologique à cause de ses propriétés galéniques (comprimés, posologie) ou de ses coûts.

Léa, 14 ans – Inobservance non intentionnelle : « Ben je trouve ça chiant là [prendre des médicaments psychotropes]. Tous les matins, je trouve ça vraiment plate là. [...] Ben c'est parce que t'sais, c'est se lever, aller chercher un verre de jus, prendre mes médic., attendre qu'ils fassent effet, c'est long. Ça prend une demi-heure, une demi-heure, quarante-cinq minutes. [...] Pis, ben dans le fond faut que je me lève à 9h pour que je puisse les prendre à 9h, même les fins de semaine. »

Livia, 13 ans – Inobservance intentionnelle: « Mais les capsules, j'ai l'impression que ça fait un mauvais goût dans ma gorge puis que j'ai l'impression que ça colle. C'est dégueu. »

Perceptions relatives au médecin prescripteur

Les perceptions positives (Figure 4) et négatives (Figure 5) des participants au sujet de leur médecin sont regroupées en huit catégories distinctes dont trois sont associées à l'alliance personnelle et cinq à l'alliance collaborative. Après l'analyse des entrevues, il a été déterminé que les catégories découlant du modèle de Hougaard (1994) n'étaient pas tout à fait représentatives de tous les aspects du médecin relevés par les participants. Deux catégories préliminaires ont donc été scindées en deux pour former quatre catégories plus adaptées au contenu des entrevues : l'expertise du médecin a été transformée en compétence perçue du médecin et en investigation de l'expérience subjective du patient relativement à sa problématique et à son traitement et l'engagement a été remplacé par l'engagement actif du médecin auprès du jeune et l'implication de ce dernier par le médecin dans la démarche du traitement.

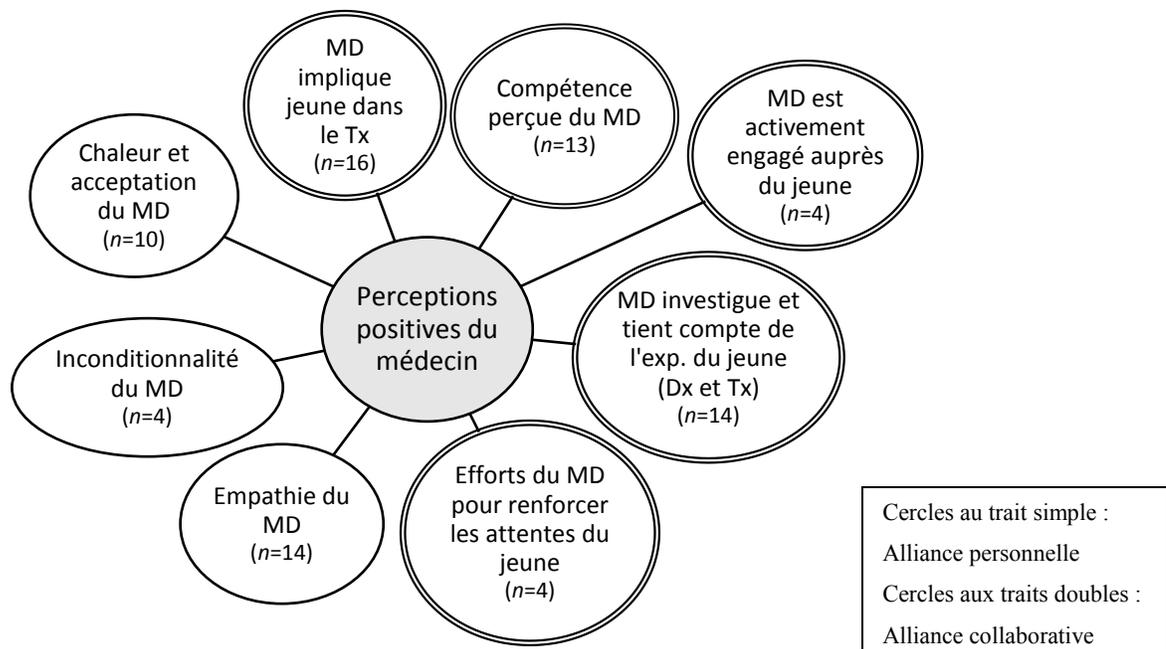
Au niveau de l'alliance personnelle, la catégorie d'attitudes positives envers le médecin la plus rapportée par les participants concerne l'empathie de ce dernier envers l'adolescent. Celle-ci se remarque à travers l'écoute du clinicien, sa connaissance du jeune et de son contexte de vie et le fait qu'il s'assure de la compréhension de ce dernier.

Nancy, 15 ans – Observance : « Oui. Elle m'écoute. Je lui explique en fait... admettons le jour que j'ai été la voir, tout le temps jusqu'à l'autre prochain rendez-vous, il faut que je lui explique qu'est-ce que genre... un petit peu qu'est-ce qui s'est passé. Moi tout le temps que j'y parle, je vais dire " Samedi j'ai fait une crise ", je lui explique un petit peu. Ça va m'aider. [...] Oui, je lui parle puis elle m'écoute. »

Marie-Pier, 16 ans – Observance : « Mais à part ça, il m'écoute, il écoute ce que je dis puis il essaie de comprendre. C'est pas mal ça qu'il fait. »

Une autre catégorie d'attitudes positives relatives attribuée au médecin par près du tiers des participants est la chaleur et l'acceptation envers le patient. Certains indiquent que leur médecin est gentil, aimable, qu'il leur porte de l'intérêt et les traite avec respect.

Figure 4. Représentation schématique des catégories de perceptions positives des participants relatives à leur médecin prescripteur.



Dave, 15 ans – Inobservance non intentionnelle : « C'est, on a un pédiatre de famille là. [...] Bien elle est super le fun, elle est super gentille...pis on a jamais eu de problèmes avec là. Elle nous aime bien. »

Kristelle, 14 ans – Inobservance non intentionnelle: « Ça s'est bien passé [la première rencontre avec le nouveau médecin]. Je le trouve gentil. Il a l'air bon. Comme la manière qu'il parle, il est gentil. Puis comme quand je parle, il m'écoute. Puis c'est ça. »

Cynthia, 15 ans – Inobservance intentionnelle : « Mon médecin elle est gentille. Elle me parle de ma famille, mes amis. J'ai un rendez-vous avec elle toute seule. Puis après ça ma mère, si elle veut, elle peut rentrer après mon rendez-vous pour avoir un bilan. Genre c'est si je veux ça. Pas obligée, mais comme oui je veux parce que ma mère... C'est normal. [...] Elle me demande comment ça va et quel effet ça fait puis tout. »

Quelques participants énoncent que l'acceptation de leurs refus ou opinions contraires est un élément qu'ils considèrent comme positif chez leur médecin.

Simon, 15 ans – Inobservance intentionnelle : « Bien j'ai déjà pas été d'accord avec lui, il l'a bien pris, il m'a dit : " Bien d'abord on peut essayer autre chose... ", il va toujours essayer

de trouver une solution. [...] Ouais, il est vraiment ouvert. Parce que dans le fond c'est pour moi. »

La perception positive rattachée à l'alliance collaborative la plus souvent rapportée est l'implication du jeune par le médecin dans la démarche de traitement. Celui-ci y parviendrait en informant le patient sur les objectifs et les moyens (dont les médicaments psychotropes) du traitement et en proposant différentes options ou solutions pour répondre aux demandes et attentes du jeune ou pour l'aider à composer avec les effets secondaires ou l'inobservance.

Kristelle, 14 ans – Inobservance non intentionnelle : « En fait, c'est lui [médecin] qui l'avait proposé [de diminuer le dosage de ma médication], en accord avec moi, [...]. Ça fait que c'est ça, on diminue les doses parce que je ne veux pas continuer à les prendre toute ma vie. [...] Je trouve que c'est bien parce que ça va mieux pour moi dans ma vie. »

Anne-Sophie, 16 ans - Observance : « [...] j'ai le sommeil vraiment difficile. Ça fait que mon médecin elle m'a prescrit des... mélatonines. [...] Puis elle a dit si jamais que je voulais en prendre tout le temps deux, j'avais juste à le dire à l'infirmière.»

Kevin, 16 ans – Inobservance non intentionnelle : « Ouais, pis il [le médecin] il nous dit vraiment pourquoi qu'il (sic) a choisi ce médicament-là, les bons effets, les mauvais effets, [...] les mauvais effets secondaires là, il va vraiment expliquer, vraiment en détail [...] il sait ce qu'il fait, ça paraît. »

Plusieurs jeunes indiquent aussi apprécier que leur médecin tienne compte de leur expérience au niveau de la problématique pour laquelle ils sont traités et des médicaments prescrits. Ils décrivent que leur médecin les questionne sur leurs difficultés de santé mentale, qu'il s'informe et discute de leurs questionnements et inquiétudes relativement au traitement.

Dave, 15 ans – Inobservance non intentionnelle : « Euh oui, oui, c'est avec elle aussi que je parle de ma médic.. Justement, comme si elle fait encore effet, si je la prends régulièrement, sûrement vérifier si je l'oublie quelques fois si...si je voyais des différences, des changements...Pour vrai ce genre de questions-là. »

La compétence perçue du médecin est un aspect positif de la relation établie avec le jeune chez un peu moins de la moitié des jeunes. Certains font en effet remarquer que leur médecin a

bonne réputation, qu'il est apprécié par autrui et qu'il est impliqué dans sa communauté. D'autres indiquent qu'il est crédible, expérimenté et qu'ils ont donc confiance en lui.

Antoine, 15 ans – Inobservance non intentionnelle : « Mais je veux dire que, on me dit souvent que je suis chanceux de l'avoir lui. Il donne des, des conférences à des éduc. puis à plein d'affaires de même là. »

Finalement, quelques jeunes énoncent que leur médecin fait des efforts pour renforcer leurs attentes positives envers eux-mêmes, le traitement et les objectifs poursuivis. Pour eux, il est positif qu'il reconnaisse et ait confiance en leurs capacités, qu'il les encourage, les félicite et entrevoit un futur appréciable pour eux.

Au niveau des perceptions négatives du prescripteur associées à l'alliance personnelle entre lui et le jeune (Figure 5), quelques participants se plaignent du manque d'accessibilité de ce dernier. En effet, ils déplorent le fait de ne pas bien le connaître.

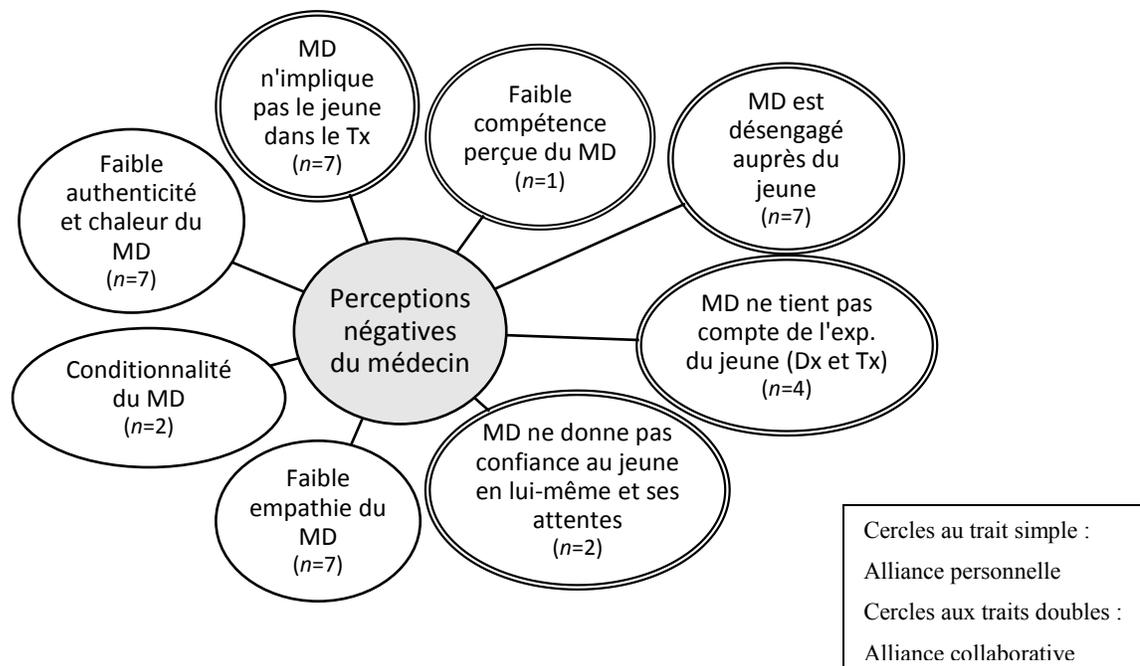
Autant de jeunes rapportent des perceptions négatives par rapport à l'empathie manifestée par leur médecin, qui ne les écouterait pas, n'expliquerait pas les choses clairement et ne s'assurerait pas de leur bonne compréhension.

Simon, 15 ans – Inobservance intentionnelle : « Il écrit mal, il me parle de pilules puis la moitié de ce qu'il dit tu comprends (sic) pas, mais après ça tu t'habitues là. »

Kevin, 16 ans – Inobservance non intentionnelle « Disons que je comprends (sic) pas toujours tout ce qu'il [médecin] me dit là. [...] Il me parle avec des grands termes puis des fois il me dit des choses, des choses que je comprends (sic) pas là, puis c'est des choses qui faudrait que je comprenne. [...] je suis comme un peu mélangé puis pas sûr. »

Aussi, deux participants rapportent que la conditionnalité (le fait d'accepter quelque chose à condition d'être d'accord avec cela) de leur médecin constitue un aspect négatif de la relation. Ils énoncent que ce dernier refuse ou rejette leur désaccord ou leur opinion relativement à ses recommandations.

Figure 5. Représentation schématique des catégories de perceptions négatives des participants relatives à leur médecin prescripteur.



Pour l'alliance collaborative, une des deux perceptions négatives les plus souvent rapportées par les participants, mais présentes chez seulement une minorité d'entre eux, est que leur médecin ne les implique pas dans la démarche de traitement. Cela se manifeste entre autres par le fait que le médecin n'offre pas de solutions, recommandations ou options satisfaisantes. Des adolescents expriment également que leur médecin insiste trop sur la médication psychotrope sans proposer d'alternative. La faible implication du patient dans le traitement se remarque aussi par la perception que le médecin n'informe pas suffisamment le jeune au sujet des objectifs et moyens du traitement (effets secondaires, risques, posologie, type de médicament...).

Simon, 15 ans – Inobservance intentionnelle : « [...] on [mon médecin et moi] fait juste vérifier les dosages. T'sais on se pose même pas la question de l'arrêter ou de continuer ».

Mélissa, 15 ans – Inobservance intentionnelle : « Sauf que mon médecin, c'est vraiment quelqu'un qui jure par la médic., on dirait. C'est comme si c'était une pharmacie *open*. [...] Ce médecin-là, moi en tout cas, je ne l'apprécie pas vraiment là-dessus parce que comme vu que je ne prends plus de drogue puis tout, je vois les impacts des médicaments. [...] Là j'ai continué à prendre mon Seroquel puis j'ai ré-arrêté. »

Léa, 14 ans – Inobservance non intentionnelle : « Je sais pas. Le médecin ne veut pas me l'expliquer [le trouble de l'attachement] fait que euh...Je sais même pas c'est quoi. »

Quelques participants perçoivent que leur médecin n'est pas suffisamment engagé auprès d'eux, qu'il n'est pas assez disponible ou préoccupé par d'autres choses durant les rencontres.

Certains adolescents rapportent que leur médecin ne tient pas compte de leur expérience relativement à leur problématique et au traitement, ne les questionne pas par rapport à ces sujets, ne semble pas comprendre les problèmes réels du jeune ni saisir ses objectifs personnels.

Catherine, 15 ans – Inobservance mixte : « [...] il faut que tu trouves le bon psychiatre ou le bon psychologue qui va faire en sorte qu'il va trouver directement le bobo. Mais les autres, ils ne l'ont comme pas trouvé. Ils ont comme essayé de trouver une solution facile à un problème compliqué.[...] En dernier c'était à cause de ma consommation. J'ai des problèmes à l'école, ma consommation. J'ai des problèmes relationnels, ma consommation. J'ai des problèmes physiques, consommation. »

Deux participants perçoivent que leur médecin ne fait pas d'efforts pour renforcer leurs attentes et indiquent qu'il ne semble pas leur faire confiance ni croire en leurs capacités. Un seul participant remet en doute la compétence de son médecin en exprimant que ce dernier ne semble pas avoir d'expérience et qu'il est alarmiste.

Groupe Observance

Les participants qui rapportent prendre leur médication tel que prescrit perçoivent leur traitement psychopharmacologique positivement sur deux aspects principaux : les bénéfices primaires et secondaires. Ils croient donc que leur médication est efficace au niveau de la diminution des symptômes et de la hausse des habiletés visées par le traitement et que cela a un impact positif sur leur bien-être et leur fonctionnement dans différentes sphères de leur vie.

Quelques jeunes indiquent également que leur traitement et ses composantes leur conviennent bien.

En général, les membres du groupe énoncent peu de caractéristiques négatives relatives à leur traitement. Quelques-uns indiquent vivre des effets secondaires reliés à leur médication, d'autres remarquent une faible efficacité de leur traitement alors que certains craignent que la médication constitue un risque pour la santé ou le développement d'une dépendance.

Les adolescents respectant la prescription du médecin apprécient ce dernier à plusieurs niveaux. D'abord, ils jugent qu'il les implique dans leur traitement, particulièrement en les tenant informés à ce sujet. Ensuite, ils remarquent que leur médecin est emphatique à leur égard. Il leur semble compétent et leur inspire confiance. Aucun jeune n'identifie les marques d'inconditionnalité, d'engagement et de renforcement du médecin comme aspects positifs de la relation.

Les caractéristiques négatives perçues chez le médecin sont peu nombreuses chez les jeunes du groupe observance et aucune n'est rapportée par la majorité. Seulement quelques membres du groupe indiquent remarquer que leur médecin est peu accessible puisque méconnu par eux.

Groupe Inobservance non intentionnelle

Les participants composant le groupe inobservance non intentionnelle rapportent principalement croire que leur traitement s'accompagne de bénéfices primaires, surtout au niveau de la diminution des symptômes, et secondaires, principalement par rapport au bien-être et au fonctionnement dans différentes sphères de leur vie. Toutefois, ils représentent le seul groupe où tous les membres n'ont pas déclaré que leur médication est efficace. Aussi, quelques jeunes

donnent un sens positif à leur médication en indiquant qu'elle n'est pas contrôlante et qu'ils assument d'être médicamenté.

Les jeunes qui démontrent des comportements d'inobservance non intentionnelle indiquent que leur médication est peu ou pas efficace et qu'elles comportent des risques de dépendance et pour la santé. Quelques-uns ajoutent ne pas percevoir la nécessité de leur médication et d'autres rapportent des effets secondaires négatifs.

La qualité du médecin la plus rapportée par les adolescents ayant une inobservance non intentionnelle de leur traitement est la compétence qui s'exprime principalement par le fait que le médecin inspire confiance au jeune patient. Quelques membres de ce groupe énoncent également apprécier que leur médecin soit chaleureux et gentil, qu'il investigate et tienne compte de leur expérience au niveau de leur problématique et de leur traitement, qu'il les implique dans le processus du traitement et qu'il renforce leurs attentes positives par rapport à leur avenir.

Aucune caractéristique négative du prescripteur n'est perçue par la majorité des jeunes qui oublient de prendre leur médication. Seulement certains jeunes remarquent que leur médecin est désengagé puisque peu disponible et qu'il manque d'empathie à leur égard.

Groupe Inobservance intentionnelle

Les jeunes refusant de prendre leur médication tel que prescrit rapportent tous bénéficier des effets de leur médication, principalement au niveau de l'amélioration d'une habileté, comme le sommeil ou l'humeur. Par contre, très peu indiquent qu'elle est efficace pour réduire les symptômes. Seulement un jeune dit remarquer des bénéfices secondaires de la prise de médication psychotrope.

Tous les membres du groupe rapportent des effets négatifs de leur traitement, particulièrement des effets secondaires. Plusieurs trouvent également que leur médication est

inefficace. Aussi, quelques jeunes de ce groupe ont une perception négative des buts et des moyens du traitement.

Seulement deux perceptions positives de leur médecin sont nommées à seulement une reprise chacune par les adolescents ayant des comportements d'inobservance intentionnelle : l'empathie du médecin à leur égard et son effort pour impliquer le jeune dans le traitement. Aucune autre caractéristique positive du médecin n'est mentionnée par les membres de ce groupe.

Dans la même lignée, trois perceptions négatives du médecin sont rapportées uniquement une fois chacune par les participants constituant ce groupe. Un jeune rapporte que son médecin n'est pas accessible ni chaleureux, un autre qu'il ne tient pas compte de son expérience au niveau de sa problématique et un dernier dit que son médecin ne l'implique pas dans le traitement puisqu'il ne lui transmet pas d'information à ce sujet.

Groupe Inobservance mixte

Les participants du groupe d'inobservance mixte rapportent tous vivre des bénéfices primaires grâce à leur traitement, tant au niveau de l'amélioration des habiletés et de la diminution des symptômes. Quelques-uns indiquent également remarquer des bénéfices secondaires liés à la prise de la médication psychotrope, comme l'amélioration de leur fonctionnement dans une sphère de vie et l'augmentation de la confiance en soi, mais aucun ne mentionne se sentir mieux. Finalement, certains membres du groupe associent un sens positif à la médication.

Au niveau des croyances négatives relatives au traitement psychopharmacologique, plusieurs membres du groupe rapportent que la prise de la médication leur renvoie une image négative d'eux-mêmes, ils se perçoivent comme anormaux, défectueux ou incapables de régler leurs difficultés par eux-mêmes. Une majorité des jeunes indiquent avoir une perception négative des buts et moyens du traitement. Ils considèrent la prise de médication comme une obligation

supplémentaire ou croient que la médication est mauvaise ou indésirable. De plus, de nombreux adolescents remarquent vivre des effets négatifs de leur traitement, autant au niveau des effets secondaires que des effets principaux de la médication psychotrope. Quelques jeunes croient que leur médication n'est pas efficace, que les résultats perçus sont dus à l'effet placebo et d'autres que la posologie ne leur convient pas. Finalement, quelques jeunes ne pensent pas avoir besoin de la médication, puisqu'ils seraient les réels agents de changement.

Les participants composant le groupe d'inobservance mixte indiquent remarquer en majorité que leur médecin investigue et tient compte de leur expérience au niveau de leur problématique et du traitement. De plus, plusieurs des membres du groupe apprécient que leur médecin les implique dans le traitement, particulièrement en leur proposant des choix et des solutions pour les accommoder. Certains jeunes remarquent que leur médecin est empathique, chaleureux et acceptant, inconditionnel devant leur refus ou leur opinion contraire et qu'il est engagé activement auprès d'eux en étant joignable et accessible. Aucun membre du groupe ne rapporte que leur médecin renforce leurs attentes positives par rapport à eux-mêmes et leur avenir.

Aucune perception négative du médecin n'est mentionnée par une majorité des membres du groupe d'inobservance mixte. Quelques jeunes indiquent que leur médecin ne les implique pas dans le processus de traitement, d'autres qu'il n'est pas empathique et certains qu'il ne tient pas compte de leur point de vue au sujet de leurs difficultés ou de leur traitement.

Discussion

La présente étude identifie les différentes croyances et perceptions des jeunes en centre de réadaptation recevant une médication psychotrope à propos de ce traitement et de leur médecin prescripteur. L'étude met également en évidence les différences au niveau de ces croyances et perceptions selon les comportements d'observance et d'inobservance des participants pour ainsi

mieux savoir ce qu'il faut cibler selon chaque type de comportement d'inobservance afin d'inciter les jeunes à mieux adhérer à leur traitement.

D'abord, les résultats démontrent que la majorité des participants interviewés, des adolescents en centre de réadaptation, ne prennent pas leur médication psychotrope tel que prescrit. Cela est préoccupant compte tenu de la forte tendance à prescrire ce type de traitement auprès de cette population (dosReis et al., 2005; Lafortune et al., 2004) et des effets néfastes de l'inobservance sur l'efficacité du traitement (Llorca, 2008; Olfson et al., 2000; Fenton et al., 1997). Les résultats vont dans le sens d'autres études ayant décrit le phénomène de l'observance chez des populations de jeunes en centre de réadaptation ou sous la protection de l'état qui révèlent d'importants taux d'inobservance ou de faible engagement envers leur traitement (Laurier & Lafortune, 2007b; Moses, 2011).

Il s'avère que les jeunes de l'échantillon n'adoptent pas nécessairement le même genre de comportement d'inobservance de leur traitement psychopharmacologique. Certains oublient de prendre leur médication alors que d'autres refusent de la prendre et que d'autres encore adoptent à la fois ces deux types de comportements d'inobservance, ce qui ajoute à la difficulté de l'intervention auprès des jeunes qui ne respectent pas leur prescription. Curieusement, très rares sont les études qui ont étudié le phénomène de l'inobservance selon le type de comportement d'inobservance ou l'intention derrière le comportement, mais certaines suggèrent de le faire (Dean et al., 2011; Cooper et al., 2007).

Les croyances positives rapportées par les participants à l'étude sont nombreuses et diverses. Celle qui domine est sans contredit l'efficacité perçue ou les bénéfices primaires du traitement qui sont remarqués par pratiquement tous les jeunes. Cela va dans le sens des nombreuses études montrant l'efficacité réelle de différents médicaments psychotropes chez une

population adolescente pour le traitement d'une large gamme de troubles psychiatriques tels que l'hyperactivité avec ou sans déficit d'attention, les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et les difficultés de sommeil (AACAP, 2005; 2007a; 2007c; 2007d). Cette efficacité semble avoir des répercussions positives dans la vie de plusieurs adolescents de l'échantillon comme l'expriment plus de la moitié d'entre eux. Il est ici très intéressant de constater les contrecoups bénéfiques des effets de la médication sur les symptômes des jeunes puisque ceux-ci ont très peu été étudiés. Comme ils représentent pourtant le but ultime du traitement, leur constatation est rassurante quant à l'utilité du traitement.

Les autres croyances positives, bien que plus marginales, ne sont pas à négliger. Certains jeunes perçoivent positivement leur médication psychotrope, ce qui peut avoir un effet protecteur de leur sentiment d'auto-efficacité relativement à leurs difficultés, de leur impression de contrôle sur eux-mêmes et de leur image positive de soi. Des participants entretiennent un sentiment de confiance par rapport à la sécurité des médicaments relativement à la dépendance et aux risques pour la santé, inquiétudes pourtant souvent rapportées par la population générale (Pescosolido, Perry, Martin, McLeod, & Jensen, 2007; Jorm, 2000). Il se peut que le médecin ou les autres professionnels les entourant aient réussi à les rassurer à ce niveau, sachant que ces inquiétudes sont communes et fréquentes, comme le recommandent les auteurs McGuinness et Worley (2010) aux médecins traitant des adolescents.

D'autres jeunes apprécient de ne ressentir que peu ou pas d'effets négatifs liés à la prise de leur médicament, ce qui leur permet de vivre agréablement leur traitement et de ne pas y sacrifier un certain confort. La convenance du traitement présente les mêmes avantages, à savoir que le traitement s'installe dans leur quotidien sans trop le perturber. Leur vie étant déjà suffisamment affectée par leur problématique de santé mentale, ses répercussions sur leur fonctionnement, les

difficultés familiales ou judiciaires, il est préférable de ne pas ajouter de problèmes sur la liste parfois déjà longue des adolescents placés hors du milieu familial.

Les croyances positives des participants diffèrent selon le type de comportement d'observance et d'inobservance. En effet, bien que presque tous les jeunes, indépendamment du groupe dans lequel ils se trouvent, remarquent des bénéfices primaires associés à la prise de la médication, ceux refusant de prendre leur médication (inobservance intentionnelle et inobservance mixte) rapportent moins souvent la croyance selon laquelle la médication procurerait des bénéfices secondaires. Il est possible que ces jeunes perçoivent les effets de leur traitement sur leurs symptômes et leurs habiletés, mais qu'ils n'en voient pas les contrecoups au-delà de ces effets, soit parce qu'ils ne réalisent pas ces changements, parce qu'ils ne les attribuent pas au traitement ou parce que le traitement n'est pas assez efficace ou suffisant pour entraîner des changements plus larges.

Le fait de percevoir des changements significatifs, particulièrement au sujet du fonctionnement dans différentes sphères de la vie et du bien-être, et de les attribuer au traitement psychopharmacologique pourrait donc être un facteur incitant les jeunes placés hors du milieu familial à accepter de prendre leur médication psychotrope et vice-versa. Cela peut s'expliquer par le fait que l'intention d'adopter un comportement, comme l'observance du traitement psychopharmacologique, est fortement associée à la croyance que ce comportement mènera aux objectifs désirés, soit les effets souhaités de la médication (Deci & Ryan, 1987).

La plupart des croyances négatives mentionnées par les participants au sujet de leur médication ont déjà été mentionnées dans d'autres études : crainte de risques pour la santé ou de dépendance, difficultés avec la posologie ou le comprimé, effets secondaires indésirables, stigmatisation ou crainte de celle-ci (image négative de soi) et faible nécessité perçue (Floersch,

Longhofer, & Kranke, 2010; Zelikovsky, Dobson, & Norman, 2011; Pescosolido et al., 2007), mais la présente étude semble être la seule à en faire une recension aussi exhaustive.

Dans la présente étude, le fait que presque tous les participants perçoivent leur médication comme efficace puis qu'une majorité indique en même temps qu'elle est inefficace peut sembler contradictoire au premier abord. Il faut préciser que les participants ont pu remarquer un certain effet de leur médication sans pour autant trouver qu'elle abolit complètement le symptôme ou la problématique. En effet, des études sur l'efficacité des médicaments psychotropes sur les adolescents évaluent que la médication n'est souvent pas suffisante pour éliminer une difficulté et que d'autres traitements peuvent compléter la prise de médication tels que la psychothérapie, la thérapie familiale, l'apprentissage de techniques de relaxation ou de méditation, l'exercice physique, la socialisation, etc. (Hoagwood, Burns, Kiser, Ringeisen, & Schoenwald, 2001; Weisz, Sandler, Durlak, & Anton, 2005; AACAP, 2005; 2007a; 2007c; 2007d; Biegel, Brown, Shapiro, & Schubert, 2009). Aussi, puisque plusieurs des jeunes placés hors du milieu familial et recevant une médication prennent plus d'un médicament psychotrope à la fois (Laurier et al., 2010) il est possible que les participants aient remarqué l'efficacité d'un de leurs médicaments en même temps que l'inefficacité d'un autre.

Les effets secondaires négatifs sont rapportés par 84% des parents d'adolescents recevant une médication psychotrope selon une étude de Hilt et coll. (2014). Ils peuvent être encore plus puissants et courants chez les adolescents compte tenu du fait que la posologie recommandée est souvent inadaptée pour cette population (McKinney & Renk, 2011; Krishnan, Bellonci, Foltz, & Lieberman, 2014) et que leur cerveau et leur corps sont en développement intensif et donc en changement constant (Findling, Steiner, & Weller, 2005; Correll, 2008). Il n'est donc pas surprenant que cet aspect négatif du traitement ressorte autant chez les adolescents interviewés.

Croire qu'il faut être anormal ou fou pour recevoir un traitement psychopharmacologique et que ce traitement est dangereux ou indésirable sont des croyances largement répandues dans la population générale (Pescosolido et al., 2007; McGuinness & Worley, 2010) et si les adolescents sont entourés de personnes entretenant ces croyances, ils sont à risque de les adopter à leur tour.

Les adolescents étant dans une phase cruciale du développement de leur autonomie, leur sentiment de compétence et de leur identité (Rappaport & Chubinsky, 1999), il n'est pas surprenant de constater que des participants rejettent la nécessité de leur traitement psychopharmacologique et qu'ils le perçoivent négativement afin de protéger leurs encore faibles acquis. Ils se déprécient facilement par rapport au fait qu'ils doivent être médicamentés probablement puisqu'ils sont encore vulnérables par rapport à ces éléments en développement.

Les jeunes en placés en centre de réadaptation demeurent dans un établissement où les règles sont nombreuses et strictes pour s'assurer d'un cadre de vie sécuritaire et viable. Les adolescents ont un rythme de vie qui leur est propre dû aux changements physiologiques et au développement de la vie sociale (Richard & Lussier, 2016). Pour ces deux raisons, il est compréhensible que des participants rapportent que les composantes de leur traitement ne leur conviennent pas toujours selon leur horaire, leur rythme de vie et qu'ils soient irrités par les contraintes du traitement en plus des nombreuses autres déjà présentes dans leur vie.

Les croyances négatives des jeunes au sujet de leur médication sont moins présentes chez les participants qui prennent leur médication tel que prescrit que chez ceux qui ne suivent pas leur traitement. Il se peut donc que les gens de leur entourage entretiennent moins un discours négatif sur les médicaments psychotropes et leurs risques, qu'ils aient un plus fort sentiment de compétence ainsi qu'une identité et une estime de soi mieux forgées, qu'ils vivent moins d'effets secondaires négatifs, que leur médication soit plus efficace et que les composantes de leur

traitement soient plus en harmonie avec leur rythme de vie que les participants ayant des comportements d'inobservance et que ces facteurs constituent donc des incitatifs au respect de la prescription.

Des études ont d'ailleurs évalué que lorsqu'une personne est entourée d'un environnement social favorable au traitement, cela limiterait le développement de croyances négatives envers ce dernier (Sher, McGinn, Sirey, & Meyers, 2005; Williams, Hollis, & Benoit, 1998; Hamrin, McCarthy, & Tyson, 2010).

Aussi, il a été démontré que les effets secondaires sont associés aux comportements d'inobservance (Baldessarini, Perry, & Pike, 2008; Cromer & Tarnowski, 1989; La Graca, 1990; Cooper et al., 2007). Selon le cadre conceptuel du *Health Belief Model* des coûts et bénéfices décrit par Horne et Weinman (1999), si les effets secondaires de la médication psychotrope sont trop handicapants ou incommodants par rapport à ses bénéfices perçus, il est fort probable que les jeunes vivant ce déséquilibre choisissent de refuser de prendre la médication tel que prescrit ou n'aient pas tendance à se donner les moyens pour se souvenir de la prendre.

La convenance pour le patient de la posologie du traitement et de la prescription constituerait également un facteur favorisant l'observance, tel que l'a proposé certaines études (Osterberg & Blaschke, 2005; Diaz, Neuse, Sullivan, Pearsall, & Woods, 2004). Ce facteur suppose que le patient et le médecin discutent et s'entendent sur ces éléments et c'est pourquoi la contribution de ce dernier demeure cruciale dans l'adoption de comportements d'observance.

L'importance de la préservation du sentiment de compétence dans la motivation à l'adoption d'un comportement a largement été élaborée par Deci et Ryan (1987; 2000; 2008), auteurs de la théorie de l'autodétermination. Les auteurs avancent que le développement du sentiment de compétence constitue un objectif essentiel au bien-être de chaque individu (Deci &

Ryan, 2000) et qu'un comportement, comme le suivi d'un traitement psychopharmacologique, venant contrecarrer cet objectif est associé à une faible motivation à accomplir ce comportement (Ryan & Deci, 2000). Cela pourrait être le cas des jeunes ayant des comportements d'inobservance.

Finalement, l'efficacité perçue de la médication peut également influencer l'observance du traitement et vice-versa. En effet, des auteurs ont démontré que si les attentes et les désirs associés à un comportement tel que l'observance sont éloignés des effets réels du comportement, cela peut diminuer l'adoption de ce comportement (Longhofer, Floersch, & Okpych, 2010).

Les participants adoptant des comportements d'inobservance se distinguent également au niveau de leurs croyances négatives selon le type d'inobservance. Les jeunes qui oublient de prendre leur médication présentent moins de croyances négatives et énoncent plus souvent être préoccupés par les risques de la médication que les jeunes présentant une inobservance intentionnelle ou mixte. Ils vivent donc moins d'inconvénients relativement à leur médication, la perçoivent moins négativement, mais sont plus craintifs par rapport à celle-ci. Cela peut expliquer qu'ils ne refusent pas directement leur médication puisqu'ils ont peu de raisons concrètes de le faire, mais qu'ils négligent de la prendre en réaction inconsciente à leurs inquiétudes qui causent une ambivalence envers le traitement. Cela va dans le sens du *Health Belief Model* qui indique que plus les inquiétudes sont nombreuses par rapport à un comportement de santé, moins ce comportement risque d'être maintenu (Horne & Weinman, 1999).

Les jeunes refusant et oubliant de prendre leur médication diffèrent de tous les autres participants puisqu'ils composent le groupe où se trouve la très grande majorité de ceux ayant indiqué que la médication affecte l'image de soi. En plus de subir les effets négatifs du traitement sur leur corps et de percevoir négativement le traitement, ces adolescents doivent composer avec une image d'eux-mêmes ternie par le traitement. Il est donc fort possible qu'en plus de parfois

refuser de prendre leur médication pour en éviter les effets négatifs, ils ne la prennent pas de façon non intentionnelle pour inconsciemment protéger leur ego fragile et se prouver qu'ils peuvent bien fonctionner sans médication.

En regard des croyances positives et négatives des participants relativement à leur traitement psychopharmacologique, il est nécessaire de se questionner sur l'accord et le désaccord de ces jeunes avec celui-ci et leur impact sur leur motivation à le suivre. Comme les jeunes ayant des comportements d'inobservance entretiennent plusieurs croyances négatives envers leur traitement, particulièrement les participants présentant des comportements d'inobservance intentionnelle, il est possible qu'ils soient peu en accord avec ce dernier et donc peu motivés à le suivre et vice-versa pour les jeunes adoptant des comportements d'observance.

Selon la théorie de l'autodétermination, la motivation à effectuer un comportement se situe sur un continuum qui évolue selon le degré d'autonomie du patient (Deci & Ryan, 1985). À une extrémité, la motivation est déterminée de façon pratiquement autonome ou autodéterminée (*self-determined*) alors qu'à l'autre extrémité, la motivation est déterminée par le contrôle externe (Deci & Ryan, 2008). Une motivation autodéterminée favoriserait grandement l'adoption et le maintien d'un comportement par rapport à une motivation contrôlée ou absente qui entraînerait quant à elle une moins bonne adhésion au comportement (Williams, Ryan, Rodin, Grolnick, & Deci, 1998; Deci & Ryan, 2000; Austin, 2012).

Il est donc possible que les jeunes n'ayant pas de comportements d'inobservance, percevant plusieurs côtés positifs et moins de côtés négatifs en rapport à leur traitement et comprenant de façon plus élaborée les raisons et bienfaits de leur traitement, tendent à avoir une motivation déterminée avec un fort degré d'autonomie par rapport au suivi de leur traitement

psychopharmacologique, ce qui favoriserait l'adoption et le maintien de leurs comportements d'observance.

En contrepartie, les jeunes ayant des comportements d'inobservance non intentionnelle, percevant des aspects positifs et négatifs de façon à peu près équivalente par rapport à leur traitement et ayant une compréhension des raisons et bienfaits de leur traitement, auraient tendance à avoir une motivation se situant entre l'autonomie et le contrôle sur le continuum de la motivation par rapport au suivi de leur traitement.

Les jeunes ayant des comportements d'inobservance intentionnelle, quant à eux, puisqu'ils perçoivent plus de côtés négatifs et moins d'aspects positifs relativement à leur traitement psychopharmacologique et ont une compréhension limitée des raisons et bienfaits de leur traitement, auraient une motivation plus déterminée par le contrôle externe par rapport à l'application de leur traitement. Une motivation davantage associée au contrôle plutôt qu'à l'autonomie entraînerait donc une faible observance et l'augmentation du contrôle au profit de l'autonomie favoriserait l'inobservance *intentionnelle*.

Les résultats des analyses qualitatives relatives aux perceptions des jeunes placés hors du milieu familial et recevant une médication psychotrope par rapport à leur médecin démontrent que les jeunes retiennent et expriment davantage leurs aspects positifs que leurs aspects négatifs. Malgré le fait que les adolescents placés hors du milieu familial sont plus à risque d'avoir eu des relations avec des figures d'autorité ou d'attachement difficiles, complexes et parfois traumatiques (Toupin et al., 2009) et qu'ils évoluent dans un contexte d'autorité parfois confrontant et frustrant, il demeure que la perception des participants à l'étude de leur médecin est surtout axée sur ses qualités.

Les perceptions des participants ayant été classées dans des catégories inspirées du modèle de l'alliance de Hougaard (1994), elles ne se distinguent pas de ce qui a déjà été recensé dans la littérature scientifique. Celles qui se distancient du modèle original de Hougaard (1994), soient le fait que le médecin investigate et tienne compte de l'expérience du jeune relativement à sa problématique et son traitement et l'implication du jeune dans son traitement par le médecin s'expliquent par la théorie de l'autodétermination, décrite précédemment.

D'abord, des études ont rapporté l'importance pour les adolescents de se sentir impliqués et considérés dans les décisions relatives à leur traitement en général (traitement médical, thérapie, stratégies de *coping*...) (Holmqvist, Hill, & Lang, 2007; Manso, Rauktis, & Boyd, 2008; Everall & Paulson, 2002; Karver & Caporino, 2010). La théorie de l'autodétermination stipule que le développement de l'autonomie et du sentiment de compétence est l'objectif central de chacun (Deci & Ryan, 2000). Par l'implication du jeune dans sa démarche de traitement et par la prise en compte de son expérience dans les décisions, le médecin favorise le développement de ces deux éléments chez l'adolescent. Cela peut expliquer que ces perceptions sont, avec l'empathie, la chaleur et l'acceptation et la compétence perçue du médecin, le plus souvent rapportées par les participants.

L'empathie et la gentillesse sont deux caractéristiques essentielles à la mise en place d'une alliance de travail de qualité, spécialement avec des adolescents placés hors du milieu familial dont les expériences relationnelles peuvent avoir été marquées par l'abus ou le conflit (Toupin et al., 2009). Avec la compétence du médecin, elles constituent des aspects identifiés comme étant nécessaires à la mise en place d'une bonne relation avec un professionnel de la santé (Richard & Lussier, 2016; Everall et al., 2002; Berk, Berk, & Castle, 2004) En effet, le sentiment d'être

compris, respecté et en confiance avec son clinicien jette les bases d'un travail conjoint profitable et efficace en favorisant l'ouverture et l'échange.

L'inconditionnalité, l'engagement du médecin envers le jeune et le renforcement des attentes positives du jeune sont moins souvent mentionnées, mais pas nécessairement à négliger puisque lorsque le médecin adopte des comportements contraires, ces derniers sont facilement identifiés par les participants et ils y accordent une grande importance. Ce sont donc également des éléments positifs importants pour les participants, mais peut-être juste moins saillants à leur esprit puisque ce sont des constituants de base pris pour acquis dans leur relation avec leur médecin.

Les jeunes qui adoptent des comportements d'observance dans la présente étude sont ceux qui perçoivent le plus d'aspects positifs chez leur médecin comparativement aux participants ne prenant pas leur médication tel que prescrit. Cela peut démontrer que l'empathie du médecin, son habileté à inspirer confiance, l'implication du jeune dans la démarche du traitement par le médecin en l'informant et en lui proposant des choix et des solutions pour l'accommoder ainsi que l'investigation par le médecin de l'expérience du jeune en lien avec sa problématique et son traitement, qualités les plus souvent rapportées par ces jeunes, constituent des éléments essentiels à la mise en place d'une alliance de travail favorisant l'observance, tel que déjà démontré par des études (Vermeire, Hearnshaw, & Van Royen, 2001; Berk et al., 2004; DiMatteo, 2004).

Le lien entre ces caractéristiques chez le médecin et l'observance du traitement psychopharmacologique peut s'expliquer encore une fois par la théorie de l'autodétermination. En effet, toujours dans l'optique où le jeune tend à vouloir entretenir son autonomie et son sentiment de compétence, un médecin qui met en place des éléments dans la relation qui lui permet de le faire pourra obtenir sa collaboration et surtout, sa motivation. Pour ce faire, le médecin doit

pouvoir laisser le patient faire ses choix par rapport à son traitement (Deci & Ryan, 1987) en l'engageant activement dans un échange d'information, en démontrant de l'empathie par rapport à son expérience et en limitant les attitudes de contrôle (Austin, 2012).

Les participants présentant une inobservance non intentionnelle ou mixte de leur médication psychotrope indiquent quant à eux percevoir les mêmes caractéristiques chez leur médecin que les jeunes suivant les recommandations de leur médecin, mais moins souvent. Ils se sentent un peu moins compris, moins écoutés, moins impliqués, ce qui peut expliquer leur manque de motivation à suivre le traitement. Aussi, cela peut faire en sorte qu'ils s'ouvrent moins facilement relativement à leurs difficultés (intentionnelles ou non) à suivre le traitement et ne peuvent donc pas permettre au médecin d'y remédier.

Les adolescents adoptant des comportements d'inobservance uniquement non intentionnelle sont toutefois le seul groupe dont des membres rapportent que le médecin renforce leurs attentes positives par rapport à eux-mêmes et à leur futur en les valorisant et les encourageant. Peut-être que le médecin traitant perçoit l'ambivalence du jeune relativement à son traitement et tente ainsi de l'inciter à y adhérer. La valorisation du sentiment de compétence et d'autonomie est en effet une façon d'augmenter la motivation du jeune à adopter un comportement (Deci & Ryan, 1978). La valorisation du jeune dans la relation peut également favoriser l'établissement d'une relation de qualité entre le médecin et le jeune qui peut retenir ce dernier d'aller intentionnellement à l'encontre de ses recommandations malgré son ambivalence face à elles.

Pour les participants qui refusent de prendre leur médication tel que prescrit, ils en ont très peu à dire concernant ce qu'ils perçoivent de positif chez leur médecin. Il se peut que ces jeunes soient particulièrement réfractaires au développement d'une alliance avec leur soignant soit par rejet de l'autorité ou par protection suite à des expériences relationnelles difficiles, comme cela

peut souvent arriver chez des adolescents placés hors du milieu familial (Toupin et al., 2009). L'existence d'une faible alliance ou l'absence de cette dernière défavorise l'observance puisque cela limite les échanges et l'ouverture du patient face au clinicien et donc l'adaptation du traitement au patient (DiMatteo, 2004). Aussi, il est possible qu'une alliance ne puisse s'établir si le médecin ne possède pas les habiletés pour la mettre en place telles que l'empathie, l'inconditionnalité, la chaleur et l'acceptation. Il se peut que ces jeunes soient confrontés à un médecin fermé, contrôlant et peu empathique et qu'ils y réagissent négativement en ne respectant pas ses recommandations. La théorie de l'autodétermination stipule d'ailleurs que le contrôle empêche le développement de l'autonomie et du sentiment de compétence et qu'il défavorise donc la motivation à l'adoption d'un comportement (Deci & Ryan, 2000).

Les perceptions négatives du médecin par les participants à l'étude sont l'inverse des positives. Très peu sont mentionnées par les jeunes, ce qui indique une tendance générale chez les médecins à éviter d'adopter des comportements pouvant nuire à l'alliance. Celles qui ressortent malgré tout chez les jeunes présentant des comportements d'observance non intentionnelle et mixte sont que le médecin est désengagé par rapport à eux, manque d'empathie et s'implique peu le jeune dans le processus du traitement. Ceux du groupe d'observance mixte ajoutent qu'il ne tient pas compte de leur expérience par rapport au traitement et à leur problématique. Il semble donc que ces jeunes se sentent moins respectés, écoutés, compris et impliqués par leur médecin que ceux prenant leur médication tel que prescrit.

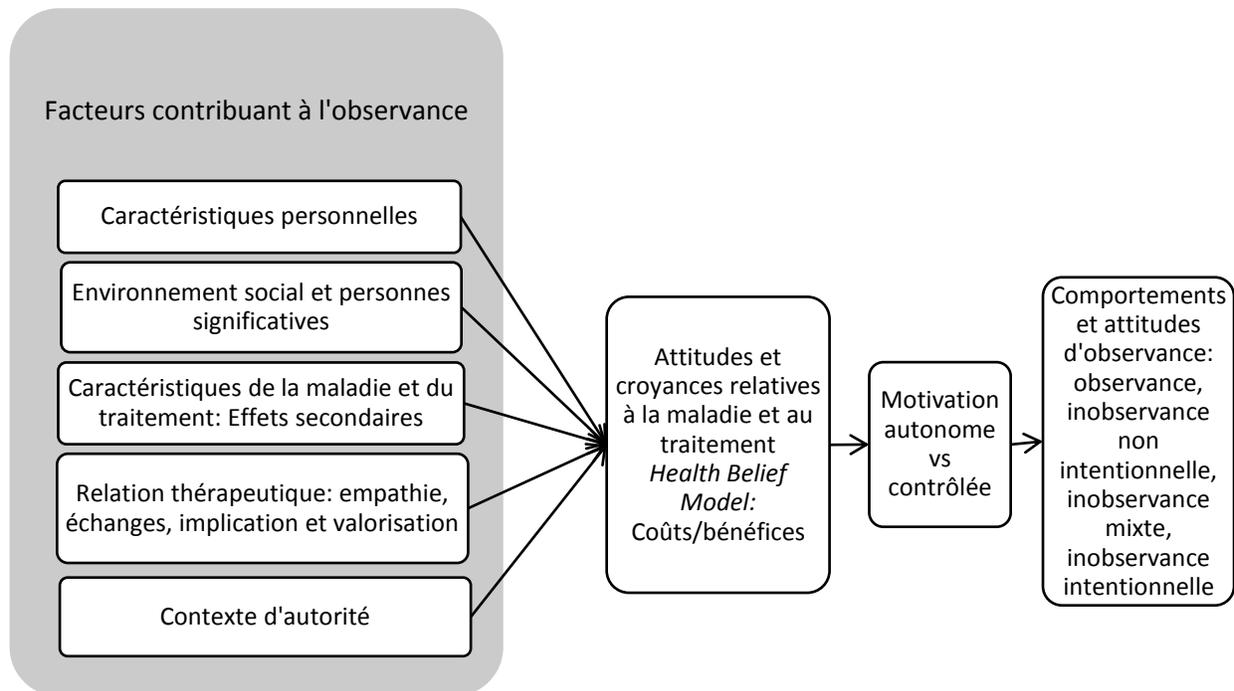
Il se peut qu'ils adoptent une attitude de fermeture et aient plus de difficulté à se dévoiler et partager leur expérience avec leur médecin. Cela pourrait provenir d'une faible capacité à mentaliser leur expérience et la verbaliser de façon intelligible et cohérente au médecin. Il a été démontré que la maltraitance dans l'enfance a des impacts négatifs sur la capacité à mentaliser,

particulièrement au niveau du fonctionnement réflexif à l'âge adulte (Bouchard et al., 2008). Le fonctionnement réflexif implique entre autres la capacité à réfléchir sur soi-même, ses états mentaux et ses émotions (Bouchard et al., 2008). Si les patients présentent des difficultés à ce niveau, il leur sera très ardu de parler de soi, de leur expérience et de leurs problématiques au médecin. Il a d'ailleurs effectivement été remarqué que la conception de leurs difficultés de santé mentale et les narrations de leurs expériences sont parfois incohérentes, changeantes, floues et limitées.

Il est également possible qu'ils aient une estime de soi et un sentiment de compétence plus faibles. Cela pourrait les limiter dans le partage de leurs expériences difficiles, comme les symptômes et leurs effets, les effets secondaires embarrassants ou leurs difficultés d'observance (Lazare, 1987; Quill, 1989). Sans l'ouverture de la part des jeunes auprès du médecin, leur participation et leur contribution au sein des décisions relatives au traitement psychopharmacologique sont limitées, ce qui peut affecter négativement la perception du traitement ainsi que son observance puisque ce dernier ne peut être bien adapté à leurs besoins, attentes et demandes par le médecin.

Les jeunes refusant de prendre leur médication mentionnent encore une fois très peu d'aspects négatifs chez leur médecin, manifestation possible de leur difficulté ou celle de leur médecin à être en relation, ce qui défavoriserait l'observance comme expliqué précédemment. Les résultats de la présente étude ont été incorporés au modèle de l'observance de Laurier et Lafortune (2007), tel que démontré dans la Figure 6 qui résume et illustre les ajouts au modèle, ajouts découlant d'éléments relatifs à la théorie de l'autodétermination.

Figure 6. Nouveau modèle de l'observance du traitement psychopharmacologique des jeunes en centre de réadaptation



Limites

La principale limite de l'étude est le manque d'informations fournies par les jeunes au sujet de leur traitement ou de leur médecin. Certains jeunes avaient parfois peu d'idées de ce qu'ils pensaient de leur traitement psychopharmacologique ou n'y avaient jamais réfléchi. Cela peut indiquer à quel point ceux-ci ne se sentent pas impliqués dans leur traitement et suggère même une amotivation par rapport à celui-ci. D'autres adolescents n'avaient pas beaucoup de choses à dire sur leur médecin puisqu'ils ne l'avaient pas vu depuis longtemps ou ne le connaissaient que depuis peu. Il est toutefois difficile de conclure quoi que ce soit par rapport à ces constatations.

Une autre des limites de l'étude se situe au niveau de l'échantillon étudié. En effet, il s'agit d'un échantillon de convenance, ce qui empêche la généralisation des résultats à l'ensemble de la population.

Aussi, l'étude a centré son analyse sur les contributions du médecin dans l'alliance de travail, mais pas celles des adolescents. Cela aurait permis d'avoir une perspective plus globale et complète de l'alliance et des éléments contribuant à la mise en place de celle-ci et d'avoir une meilleure compréhension du phénomène de l'observance en rapport avec cette variable.

Finalement, malgré un suivi serré des analyses qualitatives par le responsable de la recherche, aucun accord interjuge n'a été effectué pour le développement des sous-catégories et catégories de l'étude et la classification des extraits d'entrevues dans celles-ci.

Recommandations cliniques

En regard des résultats à cette étude, il est recommandé aux professionnels œuvrant auprès des adolescents en centre de réadaptation de les aider à élaborer autour des effets concrets et bénéfiques secondaires de leur médication pour favoriser l'adoption de comportements d'observance. Un suivi fréquent, précis et imagé permettra tant aux jeunes qu'aux professionnels de constater la progression des symptômes et ses impacts dans les différentes sphères de leur vie. Cette évaluation devrait se faire pour tous les médicaments de façon indépendante afin de bien distinguer l'efficacité de chacun et d'ainsi mieux cibler l'intervention à faire au niveau des croyances des jeunes patients et ajuster le traitement au besoin.

Compte tenu de l'efficacité bien reconnue, mais malgré tout souvent insuffisante de la médication psychotrope selon les participants à l'étude, il est recommandé de compléter la médication avec d'autres formes de traitements pour optimiser les soins des difficultés de santé mentale des adolescents en centres jeunesse.

De plus, une attention particulière doit être portée aux effets indésirables de la médication puisqu'ils semblent contribuer de manière importante aux comportements d'inobservance. Encore une fois, un suivi tel que recommandé pour l'efficacité de la médication devrait être mis en place pour mieux y remédier.

Au niveau de la relation médecin-patient, l'emphase devrait être mise sur l'empathie envers le patient, la promotion des échanges (écoute, information, investigation et compréhension) et le soutien à l'autonomie du jeune par l'implication du patient et une attitude d'inconditionnalité pour favoriser l'observance de l'adolescent.

Conclusion

Les résultats de l'étude suggèrent fortement que la théorie de l'autodétermination s'intègre dans la compréhension du phénomène de l'observance du traitement psychopharmacologique des jeunes en centre de réadaptation et explique les liens entre la théorie du *Health Belief Model* et de l'alliance de travail avec l'observance. Les croyances relatives à la médication et le rapport coûts-bénéfices perçus sous-tendraient le type de motivation que le jeune entreprendrait par rapport à l'application de son traitement psychopharmacologique. Une motivation plus autonome favoriserait l'adoption de comportements d'observance alors que les comportements d'inobservance, particulièrement intentionnelle, relèveraient d'une motivation moins autonome et donc plus contrôlée. Le médecin quant à lui aurait un rôle déterminant à jouer dans le développement de l'autonomie du jeune par rapport à son traitement, et donc de sa motivation autodéterminée, par l'implication de ce dernier dans les décisions en favorisant les échanges et en soutenant le sentiment de compétence du jeune. Des recherches futures pourront confirmer l'existence de ces liens entre les concepts que les présentes analyses qualitatives ont pu mettre à jour.

L'intégration de la théorie de l'autodétermination dans le modèle de l'observance laisse penser que des interventions centrées sur la motivation telles que développées par Miller et Rollnick (2002) pourraient favoriser le développement d'attitudes positives par rapport au traitement psychopharmacologique des jeunes et l'établissement d'une alliance de travail basée sur le support à l'autonomie du jeune afin que leur motivation à adopter des comportements d'observance soit le plus possible autodéterminée.

Références

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) (2005). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Substance Use Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(6), 609-621. doi: 10.1097/01.chi.0000159135.33706.37
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) (2007a). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(7), 894-921. doi: 10.1097/chi.0b013e318054e724
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) (2007c). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Depressive Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1503-1526. doi: 10.1097/chi.0b013e318145ae1c
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) (2007d). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Bipolar Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(1), 107-125. doi: 10.1097/01.chi.0000242240.69678.c4
- Attride-Stirling, J. (2001). Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research*, 1(3), 385-405.
- Austin, S. (2012). *L'observance du plan alimentaire chez les adolescents diabétiques de type I: Description et prédiction* (Thèse de doctorat inédite). Université Laval.
- Austin, S., Sénécal, C., Guay, F., & Nouwen, A. (2011). Effects of gender, age, and diabetes duration on dietary self-care in adolescents with type I diabetes: A Self-Determination

- Theory perspective. *Journal of Health Psychology*, 16(6), 917-928. doi: 10.1177/1359105310396392
- Awad, A. (2004). Antipsychotic medications: Compliance and attitudes towards treatment. *Current Opinion in Psychiatry*, 17(2), 75-80.
- Baldessarini, R.J., Perry, R., & Pike, J. (2008). Factors associated with treatment nonadherence among US bipolar disorder patients. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 23(2), 95-105.
- Berk, M., Berk, L., & Castle, D. (2004). A collaborative approach to the treatment alliance in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 6(6), 504-518.
- Biegel, G.M., Brown, K.W., Shapiro, S.L., & Schubert, C.M. (2009). Mindfulness-Based Stress Reduction for the Treatment of Adolescent Psychiatric Outpatients: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 855-866.
- Bordin E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 252–260.
- Bouchard, M.-A., Lecours, S., Tremblay, L.-M., Target, M., Fonagy, P., Schachter, A., & Stein, H. (2008). Mentalization in adult attachment narratives: reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared. *Psychodynamic Psychology*, 25(1), 47-66. doi: 10.1037/0736-9735.25.1.47
- Bowen, J., Fenton, T., & Rappaport, L. (1991). Stimulant medication and attention deficit-hyperactivity disorder : The child's perspective. *American Journal of Diseases of Children*, 145(3), 291-295.

- Bradley, E.H., Curry, L.A., & Devers, K.J. (2007). Qualitative Data Analysis for Health Services Research: Developing Taxonomy, Themes, and Theory. *Health Services Research, 42*(4), 1758-1772. doi: 10.1111/j.1475-6773.2006.00684.x
- Buston, K.M., & Wood, S.F. (1999). Non-compliance amongst adolescents with asthma: listening to what they tell us about self-management. *Family Practice, 17*(2), 134-138.
- Cooper, C., Bebbington, P., King, M., Brugha, T., Meltzer, H., Bhugra, D., & Jenkins, R. (2007). Why people do not take their psychotropic drugs as prescribed: results of the 2000 National Psychiatric Morbidity Survey. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 116*(1), 47-53.
- Correll, C.U. (2008). Monitoring and management of antipsychotic-related metabolic and endocrine adverse events in pediatric patients. *International Review of Psychiatry, 20*(2), 195-201. doi: 10.1080/09540260801889179
- Cromer, B.A., & Tarnowski, K.J. (1989). Noncompliance in adolescence: A review. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 10*(4), 207–215.
- Dean, A.J., Wragg, J., Draper, J., & McDermott, B.M. (2011). Predictors of medication adherence in children receiving psychotropic medication. *Journal of Paediatrics and Child Health, 47*(6), 350-355.
- Deci, E.L., & Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York, NY: Plenum Press.
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (1987). The Support of Autonomy and the Control of Behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*(6), 1024-1037.
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (2000). The “What” and “Why” of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry, 11*(4), 227-268.

- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (2008). A Self-Determination Theory Approach to Psychotherapy: The Motivational Basis for Effective Change. *Canadian Psychology*, 49(3), 186-193.
doi: 10.1037/a0012753
- Diaz, E., Neuse, E., Sullivan, M.C., Pearsall, H.R., & Woods, S.W. (2004). Adherence to conventional and atypical antipsychotics after hospital discharge. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 354–360.
- DiMatteo, M.R. (1995). Patient adherence to pharmacotherapy: the importance of effective communication. *Formulary*, 30(10), 596-598.
- DiMatteo, M.R. (2004). Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Medical Care*, 42(3), 200-209.
- DiMatteo, M.R., Haskard, K.B., & Williams, S.L. (2007). Health beliefs, disease severity, and patient adherence: a meta-analysis. *Medical Care*, 45(6), 521-528.
- dosReis, S., Zito, J.M., Safer, D.J., Gardner, J.F., Puccia, K.B., & Owens, P.L. (2005). Multiple psychotropic medication use for youths: a two-state comparison. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15(1), 68-77.
- Elvins, R., & Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clinical Psychology Review*, 28, 1176-1187.
- Everall, R.D. & Paulson, B.L. (2002). The therapeutic alliance: Adolescent perspectives. *Counselling & Psychotherapy Research*, 2(2), 78-87.
- Fenton, W.S., Blyler, C.R., & Heinssen, R.K. (1997). Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophrenia Bulletin*, 23(4), 637-651.
- Findling, R.L., Steiner, H., & Weller, E.B. (2005). Use of Antipsychotics in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(suppl.7), 29-40.

- Floersch, J., Longhofer, J.L., & Kranke, D. (2010). Integrating Thematic, Grounded Theory and Narrative Analysis: A Case Study of Adolescent Psychotropic Treatment. *Qualitative Social Work*, 9(3), 407-425. doi:10.1177/1473325010362330
- Frank, J.D., & Frank, J.B. (1991). *Persuasion and Healing: A comparative study of psychotherapy, 3rd edition*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Fuertes, J. N., Mislowack, A., Bennett, J., Paul, L., Gilbert, T. C., Fontan, G., & Boylan, L.S. (2007). The physician-patient working alliance. *Patient Education and Counseling*, 66(1), 29-36.
- Garvie, P.A., Flynn, P.M., Belzer, M., Britto, P., Hu, C., Graham, B., ... Gaur, A.H. (2011). Psychological factors, beliefs about medication, and adherence of youth with immunodeficiency virus in a multisite directly observed therapy pilot study. *Journal of Adolescent Health*, 48(6), 637-640.
- Hamrin, V., McCarthy, E.M., & Tyson, V. (2010). Pediatric Psychotropic Medication Initiation and Adherence: A Literature Review Based on Social Exchange Theory. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry Nursing*, 23(3), 151-172. doi: 10.1111/j.1744-6171.2010.00237.x
- Handwerk, M.L., Huefner, J.C., Ringle, J.L., Howard, B.K., Soper, S.H., Almquist, J.K., & Chmelka, M. (2008). The role of therapeutic alliance in therapy outcomes for youth in residential care. *Residential Treatment for Children and Youth*, 25(2), 145-165.
- Hilt, R.J., Chaudhari, M., Bell, J.F., Wolf, C., Koprowicz, K., & King, B.H. (2014). Side effects from use of one or more psychiatric medications in a population-based sample of children and adolescents. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*, 24(2), 83-89. doi: 10.1089/cap.2013.0036

- Hoagwood, K., Burns, B.J., Kiser, L., Ringeisen, H., & Schoenwald, S.K. (2001). Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health Services, *Psychiatric Services*, 52(9), 1179-1189.
- Holmqvist, R., Hill, T., & Lang, A. (2007). Treatment Alliance in Residential Treatment of Criminal Adolescents. *Child Youth Care Forum*, 36, 163-178. doi:10.1007/s10566-007-9037-z
- Holzinger, M.D., Loffler, W., Muller, P., Priebe, S., & Angermeyer, M.C. (2002). Subjective Illness Theory and Antipsychotic Medication Compliance by Patients with Schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190 (9), 597-603.
- Horne, R. & Weinman, J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(6), 555-567.
- Hougaard, E. (1994). The therapeutic alliance – A conceptual analysis. *Scandinavian Journal of Psychology*, 35, 67-85.
- Jorm, A.F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401. doi: 10.1192/bjp.177.5.396
- Karver, M.S., & Caporino, N. (2010). The Use of Empirically Supported Strategies for Building a Therapeutic Relationship With an Adolescent With Oppositional-Defiant Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17, 222-232.
- Karver, M.S., Handelsman, J.B., Fields, S., & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 50-65.

- Krishnan, M., Bellonci, C., Foltz, R., & Lieberman, R.E. (2014). *Redefining Residential : Towards Use of Psychotropic Medication*. American Association of Children's Residential Centers: www.aacrc-dc.org
- Lacro, J.P., Dunn, L.B., Dolder, C.R., Leckband, S.G., & Jeste, D.V. (2002). Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: A comprehensive review of recent literature. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(10), 892-909.
- La Graca, A.M. (1990). Issues in adherence with pediatric regimens. *Journal of Pediatric Psychology*, 15(4), 423-436.
- Lafortune, D. (2010). Prevalence and screening of mental disorders in short-term correctional facilities. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33(2), 94-100.
- Lafortune D. & Collin, J. (2006). La prescription de médicaments psychotropes aux enfants et adolescents : prévalence, politiques, pratiques et pistes de recherche. *Canadian Psychology*, 47(3), 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.
- Lafortune, D., Meilleur, D., & Bellavance, J. (2012). Placement hors du milieu familial et usage des médicaments psychotropes. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 60(1), 35-41.
- Langer, N. (1999). Culturally competent professionals in therapeutic alliances enhance patient compliance. *Journal of Health Care for the Poor & Underserved*, 10(1), 19-26.

- Laurier C., & Lafortune, D. (2007a). Les facteurs contribuant à l'observance d'une psychopharmacothérapie chez les adolescents hébergés en centres de réadaptation. *Canadian Psychology*, 48(4), 211-220.
- Laurier, C., & Lafortune, D. (2007b). Validation of the Compliance with Psychopharmacological Prescription Behaviors and Attitudes Rating Scale (ECAOPP). *Canadian Journal of Behavioral Science*, 39(4), 326-338.
- Laurier, C., Lafortune, D., & Collin, J. (2010). Compliance with psychotropic medication treatment among adolescents living in youth care centres. *Children and Youth Services Review*, 32(1), 67-73.
- Lazare A. (1987). Shame and humiliation in the medical encounter. *Archives of Internal Medicine*, 147, 1653-1658.
- Llorca, P.-M. (2008). Partial compliance in schizophrenia and the impact on patient outcomes. *Psychiatry Research*, 161(2), 235-247.
- Longhofer, J., Floersch, J., & Okpych, N. (2011). Foster youth and psychotropic treatment: Where next? *Children and Youth Services Review*, 33, 395-404. doi: 10.1080/13648470.2010.493599
- Manso, A., Rauktis, M.E., & Boyd, A. (2008). Youth expectations about therapeutic alliance in a residential setting. *Residential Treatment for Children & Youth*, 25(1), 55-72.
- McGuinness, T.M. & Worley, J. (2010). Promoting adherence to psychotropic medication for youth. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 48(10), 19-22.
- McKinney, C., & Renk, K. (2011). Atypical antipsychotic medications in the management of disruptive behaviors in children: Safety guidelines and recommendations. *Clinical Psychology Review*, 31, 465-471. doi:10.1016/j.cpr.2010.11.005

- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2002). *Motivation Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior (2nd Ed)*. New York: Guilford Press.
- Moline, S. & Frankenberger (2001). Use of stimulant medication for treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: A survey of middle and high school students' attitudes. *Psychology on the Schools*, 38(6), 569-584.
- Moses, T. (2011). Adolescents' Commitment to Continuing Psychotropic Medication: A Preliminary Investigation of Considerations, Contradictions, and Correlates. *Child Psychiatry and Human Development*, 42(1), 93-117. doi: 10.1007/s10578-010-0209-y
- Munson, M.R., Floersch, J.E., & Townsend, L. (2010). Are health belief related to adherence among adolescents with mood disorder? *Administration & Policy in Mental Health*, 37(5), 408-416.
- Olfson, M., Mechanic, D., Hansell, S., Boyer, C. A., Walkup, J., & Weiden, P. J. (2000). Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 51(2), 216-222.
- Orsi, M.M., Lafortune, D., & Brochu, S. (2010). Care and control : Working alliance among adolescents in authoritarian settings. *Residential Treatment for Children & Youth*, 27(4), 277-303.
- Osterberg, L. & Blaschke, T. (2005). Adherence to Medication. *The New England Journal of Medicine*, 353, 487-497.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.

- Pescosolido, B., Perry, B., Martin, J., McLeod, J., & Jensen, P. (2007). Stigmatizing attitudes and beliefs about treatment and psychiatric medications for children with mental illness. *Psychiatric Services, 58*(5), 613–618.
- Quill, T.E. (1989). Recognizing and Adjusting to Barriers in Doctor-Patient Communication. *Annals of Internal Medicine, 111*, 51-57.
- Rappaport, N. & Chubinsky (2000). The meaning of psychotropic medications for children, adolescents and their families. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39*(9), 1198-1200.
- Richard, C. & Lussier, M.-T. (2016). *La communication professionnelle en santé, 2^e édition*. Montréal : Pearson ERPI.
- Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist, 55*(1), 68-78.
doi: 10.1037//0003-066X.55.1.68
- Sewitch, M.J., Abrahamowicz, M., Barkun, A., Bitton, A., Wild, G.E., Cohen, A., & Dobkin, P.L. (2003). Patient Nonadherence to Medication in Inflammatory Bowel Disease. *The American Journal of Gastroenterology, 98*(7), 1535-1544. doi:10.1016/S0002-9270(03)00304-6
- Sewitch, M.J., Dobkin, P.L., Bernatsky, S., Baron, M., Starr, M., Cohen, M., & Fitzcharles, M.-A. (2004). Medication non-adherence in women with fibromyalgia. *Rheumatology, 43*, 648-654. doi:10.1093/rheumatology/keh141

- Sher I, McGinn L, Sirey J, & Meyers, B. (2005). Effects of caregivers' perceived stigma and casual beliefs on patients' adherence to antidepressant treatment. *Psychiatric Services*, 56, 564–569.
- Shrank, W. H., Cadarette, S. M., Cox, E., Fischer, M. A., Mehta, J., Brookhart, A. M., ... Choudhry, N.K. (2009). Is there a relationship between patient beliefs or communication about generic drugs and medication utilization? *Medical Care*, 47(3), 319-325.
- Toupin, J., Pauzé, R., & Lanctôt, N. (2009). Caractéristiques des jeunes contrevenants qui reçoivent des services dans les Centres jeunesse du Québec. *Santé mentale au Québec*, 34(2), 123-145.
- Townsend, L., Floersch, J., & Findling, R.L. (2009). Adolescent attitudes toward psychiatric medication: The utility of the drug attitude inventory. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(12), 1523-1531.
- Vallerand, R.J. (1997). Toward a hierarchical model of intrinsic and extrinsic motivation. In M.P. Zanna (Ed), *Advances in experimental social psychology (vol. 29)*. San Diego, CA: Academic Press.
- van Es, S.M., le Coq, E.M., Brouwer, I.A, Mesters, I., Nagelkerke, A.F., & Colland, V.T. (1998). Adherence-related behaviour in adolescents with asthma: results from focus group interviews. *Journal of Asthma*, 35, 637-646.
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., & Van Royen, P. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26, 331-342.

- Weisz, J.R., Sandler, I.N., Durlak, J.A., & Anton, B.S. (2005). Promoting and Protecting Youth Mental Health Through Evidence-Based Prevention and Treatment. *American Psychologist*, 60(6), 628-648. doi: 10.1037/0003-066X.60.6.628
- Williams, G.C., McGregor, H.A., Zeldman, A., Freedman, Z.R., & Deci, E.L. (2004). Testing a Self-Determination Theory Process Model for Promoting Glycemic Control Through Diabetes Self-Management. *Health Psychology*, 23(1), 58-66. doi: 10.1037/0278-6133.23.1.58
- Williams, R.A., Hollis, H.M., & Benoit, K.B. (1998). Attitudes Toward Psychiatric Medications Among Incarcerated Female Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(12), 1301-1307.
- Williams, G.C., Ryan, R.M., Rodin, G.C., Grolnick, W.S., & Deci, E.L. (1998). Autonomous regulation and long-term medication adherence in adult outpatients. *Health Psychology*, 17, 269-276.
- Zeber, J.E., Copeland, L.A., Good, C.B., Fine, M.J., Bauer, M.S., & Kilbourne, A.M. (2008). Therapeutic alliance perceptions and medication adherence in patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 107(1-3), 53-62.
- Zelikovsky, N., Dobson, T., & Norman, J. (2011). Medication beliefs and perceived barriers in adolescent renal transplant patients and their parents. *Pediatric Nephrology*, 26, 953-959. doi: 10.1007/s00467-011-1805-1

Annexe 1

Liste des questions de l'entrevue semi-dirigée

Questions de l'entrevue semi-dirigée

- 1) T'es-tu déjà demandé quand et comment tes difficultés sont apparues? (antécédents)
- 2) As-tu une idée sur ce qui fait que les difficultés se sont déclarées à ce moment précis?
T'es-tu demandé si tu avais contribué à ces problèmes? (attributions causales, sentiment de contrôle, culpabilité)
- 3) Comment trouves-tu ta vie en ce moment? (détresse, états affectifs, contraintes et qualité de vie)
- 4) Peux-tu faire quelque chose pour influencer de façon positive ta situation? Les autres peuvent-ils faire quelque chose? (coping et soutien social)
- 5) Qu'est-ce que tu penses du plan d'intervention qui a été préparé pour toi? Qu'est-ce que tu penses des médicaments qui te sont prescrits? (expérience vécue de l'intervention médicamenteuse, non médicamenteuse et adhérence)
- 6) Qu'est-ce que ta famille pense de ton plan d'intervention? (observance contextualisée)
- 7) Quels sont tes projets par rapport à l'avenir et au jour où tu sortiras du centre jeunesse?
(attentes et appréhensions par rapport au retour en communauté)
- 8) Pourrais-tu me parler d'une expérience positive ou négative que tu as vécue avec un médecin par rapport à la médication? Que penses-tu de ton médecin? (rapport aux professionnels de la santé)
- 9) Peux-tu me parler de ta consommation d'alcool et d'autres drogues? (lien potentiel avec drogues illicites)
- 10) Plusieurs personnes trouvent une façon qui leur convient de faire usage de leurs médicaments et cette façon peut différer des recommandations inscrites sur l'étiquette ou données par le médecin. Peux-tu me parler de ton usage des médicaments? (Formes et motifs d'inobservance)

Annexe 2

Tableaux des résultats de l'analyse qualitative thématique pour les croyances relatives au traitement psychopharmacologique

Résultats de l'analyse qualitative thématique pour les croyances relatives au traitement psychopharmacologique

Croyances positives relatives au traitement psychopharmacologique

Codes	Sous-catégories	Catégories
1-Je ne suis pas déterminé/contrôlé par ma médication psychotrope 2-Ma médication psychotrope ne me change pas complètement 3-Ma volonté personnelle est toujours essentielle à l'efficacité de ma médication psychotrope et l'atteinte de l'objectif	La médication psychotrope n'est pas contrôlante	
1-Avoir mon médicament psychotrope me rassure 2-Ma médication psychotrope est une aide disponible et efficace quand j'en ai besoin 3-Ma médication psychotrope est mon « back-up »	La médication psychotrope est une réassurance	Sens positif de la médication psychotrope
1-Je n'ai pas honte de prendre ma médication psychotrope 2-Je ne suis pas le(la) seul(e) à prendre une médication psychotrope 3-Je trouve correct de prendre mon médicament psychotrope 4-Je trouve normal de prendre mon médicament psychotrope 5-Ma médication psychotrope fait partie de ma vie	Assumption de la médication psychotrope	
1-Ma médication psychotrope m'aide à mieux me concentrer 2-Ma médication psychotrope m'aide à m'endormir 3-Ma médication psychotrope m'aide à prendre le temps de réfléchir avant d'agir 4-Ma médication psychotrope améliore mon humeur 5-Ma médication psychotrope m'aide à me calmer, me relaxer 6-Ma médication psychotrope m'aide à mieux exprimer ma colère	La médication psychotrope augmente certaines habiletés	Bénéfices primaires de la médication psychotrope/Efficacité perçue
1-Ma médication psychotrope m'empêche de me déconcentrer 2-Ma médication psychotrope m'empêche d'être impulsif, excessif ou hyperactif 3-Ma médication psychotrope m'aide au niveau de mon humeur (sautes d'humeur, mauvaise humeur) 4-Ma médication psychotrope diminue mon anxiété 5-Ma médication psychotrope m'aide à ne pas avoir d'idées suicidaires	La médication psychotrope diminue des symptômes ou des traits désagréables ou indésirables	

6-Ma médication psychotrope diminue mon automutilation		
7-Ma médication psychotrope diminue mes hallucinations		
8-Ma médication psychotrope diminue mon agressivité		
1-Ma médication psychotrope m'aide à me sentir plus en forme	La médication psychotrope	
2-Ma médication psychotrope me fait sentir mieux ou bien	augmente le bien-être général	
3-Ma médication psychotrope facilite ma vie		
1-Ma médication m'aide à changer sans fournir trop d'efforts		
2-J'aime mieux prendre ma médication psychotrope que d'avoir à me contrôler	La médication psychotrope facilite un changement désiré ou redonne espoir en l'atteinte de ce changement	
3-Ma médication psychotrope me donne espoir de pouvoir m'améliorer ou que la vie va s'améliorer		
1-Ma médication psychotrope me fait sentir plus à l'aise		
2-Ma médication psychotrope me fait sentir plus libre de m'exprimer	La médication psychotrope fait sentir plus en confiance	
3-La médication psychotrope me fait sentir normal(e)		
1-Ma médication psychotrope m'aide à ne pas prendre les mauvaises décisions		
2-Ma médication psychotrope m'aide à ne pas stresser à cause de mes symptômes	La médication psychotrope diminue les conséquences négatives associées aux symptômes	Bénéfices secondaires de la médication psychotrope
3-Ma médication psychotrope m'aide à éviter des conflits		
4-Ma médication psychotrope me permet d'éviter des punitions		
1-Ma médication psychotrope m'aide à mieux résoudre mes problèmes		
2-Ma médication psychotrope facilite l'accomplissement du travail scolaire	La médication psychotrope améliore le fonctionnement dans une sphère de la vie	
3-Ma médication psychotrope m'aide dans les relations		
4-J'ai besoin de ma médication psychotrope pour fonctionner		
1-Prendre la médication psychotrope fait plaisir à mes proches		
2-Les éducateurs sont satisfaits quand je prends ma médication psychotrope	Satisfaction de l'entourage de la prise de médication psychotrope	
3-Les éducateurs aiment mieux quand je prends ma médication psychotrope		
1-Je ne ressens pas d'effets secondaires avec ma médication psychotrope		
2-Je ne vis pas d'effets secondaires négatifs avec ma médication psychotrope	La médication psychotrope ne cause pas ou peu d'effets secondaires désagréables	Absence de problème avec les effets secondaires de la médication psychotrope
3-Les effets de ma médication psychotrope ne sont pas dérangeants		
1-J'apprécie perdre du poids à cause de ma médication psychotrope	Les effets secondaires positifs de la médication psychotrope	

1-Faible nombre de comprimés à prendre		
2-La dose de mon médicament psychotrope répond à mes besoins		
3-Mon type de médicament psychotrope répond à mes besoins	La prescription et la posologie du traitement sont satisfaisantes	Convenance du traitement
4-Ma prescription de prise de médication psychotrope au besoin me convient		
1-Je ne suis pas dépendant de ma médication psychotrope	La médication psychotrope présente un faible risque de dépendance	
2-Ma médication psychotrope ne cause pas de dépendance		
1-Ça ne me dérange pas de devoir prendre ma médication toute ma vie		Faible risque perçu de la médication psychotrope
2-Ma médication psychotrope n'est pas source de danger	La médication psychotrope présente un faible risque pour la santé	
3-Ma médication psychotrope ne cause pas de problèmes physiques importants		

Croyances négatives relatives au traitement psychopharmacologique

Codes	Sous-catégories	Catégories
1-Ma médication psychotrope me fait comprendre que je ne suis pas capable de résoudre mes problèmes par moi-même 2-Ma médication psychotrope me fait comprendre que je ne suis pas capable de fonctionner sans elle 3-Ma médication psychotrope laisse croire aux autres que je ne suis pas capable de résoudre mes problèmes par moi-même	La médication psychotrope procure un faible sentiment d'auto-efficacité	
1-Prendre ma médication psychotrope constitue un rejet de ce que je suis 2-Ma médication psychotrope me fait comprendre que je ne suis pas apprécié comme je suis 3-Je me sens bien sans ma médication psychotrope, ce sont les autres qui veulent que je la prenne	La médication psychotrope signifie une faible appréciation de la « vraie » personnalité	Sens négatif de la médication psychotrope sur soi-même
1-Ma médication psychotrope me fait comprendre que je ne suis pas capable de fonctionner comme tout le monde 2-Ma médication psychotrope me fait comprendre que je ne suis pas normal ou différent des autres 3-Ma médication me fait comprendre que je suis un monstre 4-Ma médication psychotrope me fait comprendre que je suis malade 5-Les questions et les regards des autres lorsque je prends ma médication psychotrope me rendent mal à l'aise	La médication psychotrope signifie l'anormalité ou la déféctuosité	
1-Ma médication psychotrope contrôle mes comportements 2-Ma médication psychotrope sert à me faire contrôler par les autres	La médication psychotrope est un moyen de contrôle sur soi	
1-Prendre ma médication psychotrope me fait sentir comme un rat de laboratoire	Le traitement sert à tester les effets de la médication psychotrope	Perception négative de la médication psychotrope et des buts du traitement
1-Ma médication psychotrope est comme une drogue 2-Ma médication psychotrope est de la merde 3-Je n'ai pas envie de prendre ma médication psychotrope 4-Je n'aime pas ma médication psychotrope	La médication psychotrope est mauvaise / indésirable	
1-Je n'ai pas le choix de prendre ma médication psychotrope 2-Je n'aime pas devoir toujours penser à prendre ma médication psychotrope	Prendre la médication psychotrope est une obligation supplémentaire	
1-Je suis responsable du changement, pas la médication psychotrope 2-Je change si j'en ai envie et cela ne relève pas de la médication psychotrope	La médication psychotrope n'est pas l'agent de changement	Faible nécessité perçue de la médication psychotrope
1-Je n'ai plus besoin de ma médication psychotrope puisque j'ai changé, mes symptômes se sont améliorés ou ma situation de vie a changé 2-Je n'ai pas besoin de ma médication psychotrope	Absence de besoin perçu de la médication psychotrope	

3-Je veux conserver les symptômes pour lesquels je prends ma médication psychotrope			
4-Je ne suis pas d'accord avec la raison pour laquelle je prends ma médication psychotrope			
1-Ma médication psychotrope produit des effets secondaires désagréables	2-Ma médication psychotrope m'empêche de consommer	Effets secondaires négatifs de la médication psychotrope Effets indésirables de la médication psychotrope	
3-Ma médication psychotrope modifie les effets de la drogue	4-Les effets secondaires de ma médication psychotrope affectent mes activités		
1-Ma médication psychotrope fait agir mon corps comme il ne voudrait pas agir	2-Ma médication psychotrope me transforme en quelqu'un qui n'est pas moi		Effets principaux de la médication indésirables
1-Les effets de ma médication psychotrope sont psychologiques	Les effets de la médication psychotrope sont dus à un effet placebo		Faible efficacité perçue de la médication psychotrope
1-Même si je prends ma médication psychotrope, mes symptômes ou mes problèmes sont toujours présents	La médication psychotrope est peu ou pas efficace		
1-Mon corps s'est habitué à ma médication psychotrope et ses effets ont diminués	Habituation du corps à la médication psychotrope		
1-Je crains la dépendance à ma médication psychotrope	2-Je suis dépendant de ma médication psychotrope	Dépendance ou crainte de la dépendance à la médication psychotrope	
3-J'ai peur de devoir prendre ma médication toute ma vie			
1-Ma médication psychotrope est nocive pour moi	2-Les effets inconnus de ma médication psychotrope m'inquiètent		Risques perçus de la médication psychotrope
3-J'ai peur que les effets de ma médication psychotrope prennent le dessus sur moi	4-Les effets à long-terme de ma médication psychotrope sur ma santé m'inquiètent		
1-Mes comprimés sont trop gros et difficiles à avaler	2-Mes comprimés ne goûtent pas bon	Prise du comprimé pas appréciée	
1-Je prends trop de comprimés	2-La dose de ma médication psychotrope est trop forte	Composantes négatives du traitement	
3-Je trouve exigeant de prendre ma médication psychotrope	4-Les effets de ma médication psychotrope sont longs à se faire sentir		
1-Ma médication psychotrope coûte cher			Coûts élevés de la médication psychotrope

Annexe 3

Tableaux des résultats de l'analyse qualitative thématique pour les perceptions relatives au médecin prescripteur

Résultats de l'analyse qualitative thématique pour les perceptions relatives au médecin

prescripteur

Perceptions positives du médecin

Codes	Sous-catégories	Catégories
1-Mon médecin est gentil 2-Mon médecin est de bonne humeur 3-Mon médecin est agréable	Le médecin est gentil/aimable	
1-Mon médecin aime ma famille 2-Mon médecin me questionne sur moi, mes intérêts et ma vie en général 3-Mon médecin me demande mon avis sur l'information à transmettre à autrui	Le médecin démontre de l'intérêt et du respect envers le jeune	Chaleur et acceptation du médecin
1-Mon médecin est ouvert face à mon désaccord 2-Mon médecin écoute mes opinions même quand elles sont différentes des siennes	Le médecin accepte les opinions contraires aux siennes ou les refus	Inconditionnalité du médecin
1-Mon médecin écoute mes questions même si mes parents sont là 2-Mon médecin m'écoute	Le médecin est à l'écoute du jeune	
1-Mon médecin m'explique les choses pour que je les comprenne 2-Mon médecin est direct et va droit au but	Le médecin s'assure de la compréhension du jeune	Empathie du médecin
1-Mon médecin me comprend 2-Mon médecin me questionne pour savoir ce que je vis 3-Mon médecin sait ce qui m'arrive 4-Mon médecin me connaît bien	Le médecin comprend le jeune	
1-Mon médecin a accompli de grandes choses professionnellement 2-Mon médecin est apprécié par mon entourage 3-Mon médecin est impliqué socialement	Le médecin a bonne réputation auprès du jeune ou de son entourage	Compétence perçue du médecin
1-Mon médecin est compétent 2-Mon médecin est crédible 3-Mon médecin est habile avec les jeunes	Le médecin inspire confiance au jeune	
1-Mon médecin discute avec moi de mes difficultés 2-Mon médecin me prescrit ma médication en fonction de ma description de mes difficultés 3-Mon médecin s'informe des effets secondaires que je ressens	Le médecin questionne le jeune sur ses difficultés	Médecin investigate et tient compte de l'expérience du jeune
1-Mon médecin accorde beaucoup de temps à mes questions 2-Mon médecin discute avec moi de mes inquiétudes et me rassure 3-Mon médecin répond à toutes mes questions	Le médecin investigate, tient compte et répond aux questionnements et inquiétudes du jeune	au niveau de sa problématique et du tx

<p>1-Mon médecin est là pour moi</p> <p>2-Mon médecin considère que le traitement est pour m'aider moi</p> <p>3-Mon médecin vérifie si je suis d'accord avec ses recommandations</p>	<p>Le médecin travaille dans l'intérêt du jeune</p>	<p>Médecin est activement engagé auprès du jeune</p>
<p>1-Mon médecin me voit plus longtemps et plus souvent que les autres patients</p> <p>2-Mon médecin est facilement joignable</p> <p>3-Je peux rencontrer mon médecin rapidement au besoin</p> <p>4-J'ai le même médecin depuis longtemps</p>	<p>Le médecin est facilement joignable et accessible au besoin</p>	
<p>1-Mon médecin me propose d'autres options lorsque je suis en désaccord avec lui</p> <p>2-Mon médecin m'offre plusieurs choix ou stratégies pour m'accommoder</p> <p>3-Mon médecin m'offre des stratégies pour contrer les effets secondaires désagréables de ma médication</p> <p>4-Mon médecin ajuste la prescription à mes demandes ou attentes</p>	<p>Le médecin propose différents choix ou solutions pour répondre aux demandes, attentes et difficultés.</p>	<p>Médecin implique le jeune dans la démarche de tx (infos, choix et accommodements)</p>
<p>1-Mon médecin m'informe sur les objectifs et raisons du traitement</p> <p>2-Mon médecin m'informe sur la médication psychotrope</p> <p>3-Mon médecin me prépare aux effets secondaires du traitement</p>	<p>Le médecin informe sur les objectifs et moyens du traitement</p>	
<p>1-Mon médecin croit que je suis capable</p> <p>2-Mon médecin me perçoit positivement</p> <p>3-Mon médecin pense que j'y arriverai par moi-même</p>	<p>Le médecin reconnaît et a confiance en les habiletés du jeune</p>	
<p>1-Mon médecin est fier de moi</p> <p>2-Mon médecin m'encourage à suivre mon traitement</p>	<p>Le médecin encourage et félicite le jeune</p>	<p>Efforts du médecin pour renforcer les attentes positives du jeune par rapport à lui-même</p>
<p>1-Mon médecin pense que je vais m'en sortir</p> <p>2-Mon médecin pense que je ne devrai pas toujours prendre ma médication</p>	<p>Le médecin entrevoit un futur positif pour le jeune</p>	

Perceptions négatives du médecin

Codes	Sous-catégories	Catégories
1-Je ne connais pas bien mon médecin	Le médecin se fait peu connaître du jeune	Faible authenticité et chaleur du médecin
1-J'ai de la difficulté à m'habituer à mon médecin 2-Malaise, gêne, embarras pendant les rencontres	Le médecin ne met pas le jeune à l'aise	
1-Mon médecin n'est pas d'accord avec les modifications que je veux apporter à la posologie du traitement 2-Mon médecin insiste pour que je prenne la médication 3-Mon médecin me prescrit ma médication malgré mon refus 4-Mon médecin n'accepte pas que je refuse une de ses recommandations	Le médecin refuse ou rejette le refus ou les opinions contraires du jeune aux siennes	Conditionnalité du médecin
1-Mon médecin parle beaucoup et ne me laisse pas de place pour parler 2-Mon médecin me répète les mêmes choses alors que j'ai bien compris 3-Mon médecin ne m'écoute pas 4-Mon médecin semble distrait pendant nos rencontres	Le médecin n'est pas à l'écoute/attentif	Faible empathie du médecin par rapport au jeune
1-Mon médecin écrit mal 2-Je ne comprends pas ce que mon médecin explique 3-Lorsque je demande des clarifications, mon médecin ne m'en donne pas	Le médecin ne s'assure pas de la compréhension du jeune	
1-Le médecin ne cherche pas à comprendre mon expérience par rapport à mon trouble	Le médecin ne questionne pas le jeune par rapport à sa problématique et ses difficultés	Médecin ne tient pas compte de l'expérience du jeune au niveau de sa problématique et du tx
1-Mon médecin ne cible pas mes problèmes réels 2-Mon médecin a une vision réductrice de mes difficultés 3-Mon médecin poursuit des buts qui ne sont pas les miens	Le médecin ne comprend pas la problématique du jeune	
1-Mon médecin est jeune et a peu d'expérience avec ma problématique 2-Mon médecin est alarmiste et exagère tout	Le médecin semble incompetent	Faible compétence perçue du médecin
1-Le médecin ne me propose pas ou n'aborde pas avec moi toutes les options possibles 2-Les recommandations de mon médecin ne sont pas à la hauteur de mes demandes, attentes ou besoins 3-Mon médecin me prescrit trop facilement la médication 4-Mon médecin insiste trop sur la médication	Le médecin n'offre pas de solution/ recommandation / d'option satisfaisante pour le jeune	Médecin n'implique pas le jeune dans la démarche de tx (manque d'options, désaccords, manque d'infos)
1-Mon médecin ne m'explique pas les raisons (diagnostic, symptômes) et objectifs du traitement 2-Mon médecin ne m'explique pas les composantes du traitement (médication, posologie, effets, effets secondaires, risques...)	Le médecin n'informe pas le jeune sur les objectifs et moyens du traitement	
1-Mon médecin fait des rencontres trop brèves 2-Mon médecin ne me voit pas assez souvent	Le médecin n'est pas assez disponible pour jeune	Médecin désengagé auprès du jeune

1-Mon médecin est occupé par autre chose lors des rencontres	Le médecin est occupé par autre chose lors des rencontres	
1-Mon médecin me perçoit négativement 2-Mon médecin ne me fait pas confiance et insiste pour que je sois accompagné lors des rencontres	Le médecin ne semble pas faire confiance à son patient et ses capacités	Médecin ne donne pas confiance au patient en lui-même et en ses attentes

Annexe 4

Tableaux de la classification des catégories selon le groupe associé au comportement d'observance et d'inobservance

Classification des catégories selon le groupe associé au comportement d'observance et d'inobservance

Thème des croyances positives relatives au traitement psychopharmacologique

Groupe Observance (n=8)		
Majorité (50% et +)	Minorité (1% - 49%)	Absent
Bénéfices primaires Rx	Sens positif de la Rx	
Bénéfices secondaires Rx	Absence d'effet indésirable de la Rx	
	Convenance du tx	
	Faible risque associé au tx	
Groupe Inobservance non intentionnelle (n=11)		
Majorité (50% et +)	Minorité (1% - 49%)	Absent
Bénéfices primaires Rx	Sens positif de la Rx	
Bénéfices secondaires Rx	Absence d'effet indésirable de la Rx	
	Convenance du tx	
	Faible risque associé au tx	
Groupe Inobservance intentionnelle (n=5)		
Majorité (50% et +)	Minorité (1% - 49%)	Absent
Bénéfices primaires Rx	Sens positif de la Rx	Faible risque associé au tx
	Bénéfices secondaires Rx	
	Absence d'effet indésirable Rx	
	Convenance du tx	
Groupe Inobservance mixte (n=9)		
Majorité (50% et +)	Minorité (1% - 49%)	Absent
Bénéfices primaires Rx	Sens positif de la Rx	Convenance du tx
	Bénéfices secondaires Rx	
	Absence d'effet indésirable Rx	
	Faible risque associé au tx	

Thème des croyances négatives relatives au traitement psychopharmacologique

Groupe Observance (n=8)		
Majorité (50% et +)	Minorité (1% - 49%)	Absent
	Sens négatif de la Rx sur soi-même	
	Perception négative de la Rx et objectifs du tx	
	Faible nécessité perçue Rx	
	Effets indésirables de la Rx	
	Faible efficacité Rx	
	Risques associés à Rx	
	Composantes négatives du tx	
Groupe Inobservance non intentionnelle (n=11)		
Majorité (50% et +)	Minorité (1% - 49%)	Absent
Faible efficacité Rx	Sens négatif de la Rx sur soi-même	
Risques associés à Rx	Perception négative de la Rx et des objectifs du tx	
	Faible nécessité perçue Rx	
	Composantes négatives du tx	
	Effets indésirables de la Rx	
Groupe Inobservance intentionnelle (n=5)		
Majorité (50% et +)	Minorité (1% - 49%)	Absent
Perception négative de la Rx et des objectifs du tx	Sens négatif de la Rx sur soi-même	
Effets indésirables de la Rx	Faible nécessité perçue Rx	
Faible efficacité Rx	Composantes négatives du tx	
	Risques associés à Rx	
Groupe Inobservance mixte (n=9)		
Majorité (50% et +)	Minorité (1% - 49%)	Absent
Sens négatif de la Rx sur soi-même	Faible nécessité perçue Rx	
Perception négative de la Rx et des objectifs du tx	Faible efficacité Rx	
Effets indésirables de la Rx	Risques associés à Rx	
	Composantes négatives du tx	

Thème des perceptions positives relatives au médecin prescripteur

Groupe Observance (n=8)		
Majorité (50% et +)	Minorité (1% - 49%)	Absent
Empathie MD	Chaleur et acceptation du MD	MD engagé auprès du jeune
Compétence perçue du MD	MD investigue et tient compte de l'expérience du jeune	Inconditionnalité du MD
MD implique jeune dans tx		MD renforce attentes positives du jeune
Groupe Inobservance non intentionnelle (n=11)		
Majorité (50% et +)	Minorité (1% - 49%)	Absent
Compétence perçue du MD	Chaleur et acceptation du MD Inconditionnalité du MD Empathie MD MD investigue et tient compte de l'expérience du jeune MD engagé auprès du jeune MD renforce attentes positives du jeune MD implique jeune dans tx	
Groupe Inobservance intentionnelle (n=5)		
Majorité (50% et +)	Minorité (1% - 49%)	Absent
	Empathie MD MD implique jeune dans tx	Chaleur et acceptation du MD Inconditionnalité du MD Compétence perçue du MD MD investigue et tient compte de l'expérience du jeune MD engagé auprès du jeune MD renforce attentes positives du jeune
Groupe Inobservance mixte (n=9)		
Majorité (50% et +)	Minorité (1% - 49%)	Absent
MD investigue et tient compte de l'expérience du jeune MD implique jeune dans tx	Chaleur et acceptation du MD Inconditionnalité du MD Compétence perçue du MD MD engagé auprès du jeune Empathie MD	MD renforce attentes positives du jeune

Thème des perceptions négatives relatives au médecin prescripteur

Groupe Observance (n=8)		
Majorité (50% et +)	Minorité (1% - 49%)	Absent
	Faible authenticité et chaleur MD	Conditionnalité MD
	Faible empathie MD	MD ne tient pas compte de l'expérience du jeune
	MD désengagé	Faible compétence perçue MD
	MD n'a pas confiance en jeune et ses capacités	MD n'implique pas jeune dans tx
Groupe Inobservance non intentionnelle (n=11)		
Majorité (50% et +)	Minorité (1% - 49%)	Absent
	Faible authenticité et chaleur MD	Conditionnalité MD
	Faible empathie MD	MD ne tient pas compte de l'expérience du jeune
	MD désengagé	Faible compétence perçue MD
	MD n'a pas confiance en jeune et ses capacités	
	MD n'implique pas jeune dans tx	
Groupe Inobservance intentionnelle (n=5)		
Majorité (50% et +)	Minorité (1% - 49%)	Absent
	Faible authenticité et chaleur MD	Conditionnalité MD
	MD ne tient pas compte de l'expérience du jeune	Faible empathie MD
	MD n'implique pas jeune dans tx	Faible compétence perçue MD
		MD désengagé
		MD n'a pas confiance en jeune et ses capacités

Groupe Inobservance mixte (n=9)		
Majorité (50% et +)	Minorité (1% - 49%)	Absent
	Faible authenticité et chaleur MD	MD n'a pas confiance en jeune et ses capacités
	MD ne tient pas compte de l'expérience du jeune	
	MD n'implique pas jeune dans tx	
	Conditionnalité MD	
	Faible empathie MD	
	Faible compétence perçue MD	
	MD désengagé	

Discussion générale

L'objectif général de la thèse était de mieux comprendre le phénomène de l'observance chez les jeunes placés en centre de réadaptation ou en foyer de groupe et recevant un traitement psychopharmacologique afin d'intégrer les éléments nouveaux dans le modèle de l'observance par Laurier et Lafortune (2007). Plus précisément, il s'agissait d'évaluer si des variables sociodémographiques, les croyances relatives au traitement et l'alliance de travail avec le médecin constituent des prédicteurs de l'inobservance globale, l'inobservance non intentionnelle et l'inobservance intentionnelle et si ces variables sont liées dans la compréhension du phénomène de l'observance de la médication psychotrope. Aussi, l'étude a voulu identifier les croyances relatives au traitement psychopharmacologique et les contributions du médecin à l'alliance de travail telles que perçues par les jeunes placés et les distinguer en fonction des comportements d'inobservance des adolescents. Une synthèse des résultats ainsi que leurs implications cliniques sera présentée. Les limites de la thèse seront ensuite discutées pour finalement faire quelques recommandations en termes de recherches futures.

Résumé des résultats

Les résultats des analyses des données quantitatives et qualitatives indiquent d'abord qu'une très grande proportion de jeunes placés hors du milieu familial (75,8%-79,8%) ne prennent pas leur médication psychotrope tel que prescrit. L'inobservance non intentionnelle est plus fréquemment rapportée que l'inobservance intentionnelle bien que certains jeunes adoptent les deux types de comportements.

L'étude démontre ensuite que la prescription d'antihypertenseur (clonidine) prédit une plus grande inobservance globale. Par ailleurs, l'écart entre la nécessité perçue de la médication psychotrope et les inquiétudes relatives à celle-ci ainsi que la qualité générale de l'alliance de travail du jeune avec son médecin prédisent ensemble une plus faible inobservance. Le modèle de régression explique 23,7% de la variance de l'inobservance globale pour l'échantillon.

Pour ce qui est des types plus spécifiques d'inobservance non intentionnelle et intentionnelle, les prédicteurs diffèrent, ce qui confirme la pertinence de séparer ces comportements et les considérer de manière distincte. Au niveau de l'inobservance non intentionnelle, la prescription d'un psychostimulant, la qualité de l'alliance de travail avec le médecin ainsi que sa composante personnelle ne prédisent que 11,4% de la variance. Quant aux croyances relatives à la médication, elles ne prédisent pas ce type de comportement. Par contre, la conviction d'une surutilisation de la médication psychotrope par les médecins tout comme le fait d'avoir une prescription de la clonidine prédisent une plus grande inobservance intentionnelle. Ensemble, ces deux variables expliquent 19,7% de la variance de ce type d'inobservance chez les jeunes placés de l'échantillon. L'alliance de travail n'est pas un prédicteur de ce comportement. Aucune variable sociodémographique (âge et genre) ni de composante du traitement (complexité et nombre de médicaments psychotropes prescrits) ne prédit l'inobservance des participants.

Les analyses de médiation révèlent que l'écart entre la nécessité perçue de la médication et les inquiétudes qu'elle suscite est un médiateur du lien entre l'alliance de travail avec le médecin et l'inobservance globale. La conviction d'une surutilisation de la médication psychotrope est quant à elle médiatrice de la relation entre l'alliance de travail et l'inobservance intentionnelle du traitement chez les jeunes placés.

Les données qualitatives vont dans le même sens que certains résultats des analyses quantitatives entre autres en montrant que certaines croyances positives relativement à la médication psychotrope sont associées à l'observance et que d'autres, négatives, sont associées à l'inobservance.

D'abord, pratiquement tous les jeunes de l'échantillon indiquent remarquer que leur médication est efficace. Par contre, les jeunes de l'étude prenant leur médication tel que prescrit considèrent davantage que leur traitement leur procure également des bénéfices secondaires sur des aspects de leur vie tels que la réussite scolaire, les relations sociales ou familiales. Ils énoncent aussi peu d'effets indésirables de la médication psychotrope (incluant les effets secondaires). Ces croyances vont habituellement de pair avec une motivation au traitement autonome.

Ceux qui adoptent des comportements d'inobservance (non intentionnelle, mixte et intentionnelle) rapportent moins souvent de bénéfices secondaires relativement à leur traitement et plus souvent d'effets indésirables que ceux qui se conforment à leur traitement. Ces résultats suggèrent que les jeunes ayant des habitudes d'inobservance sont moins en accord avec leur traitement puisqu'ils en comprennent ou en perçoivent moins bien les bienfaits sur leur fonctionnement et leur vie en général, et donc possiblement aussi les raisons et les objectifs, en plus de rapporter en ressentir les effets négatifs. Cela pourrait être associé à une motivation moins autonome et plus contrôlée pour la prise de la médication.

Les croyances négatives associées à la médication psychotrope diffèrent selon le type de comportement d'inobservance. Les jeunes oubliant de prendre leur médication révèlent surtout entretenir des inquiétudes relativement à leur traitement et donc développer une ambivalence à ce sujet, ambivalence qui peut les mener à adopter inconsciemment des comportements d'inobservance. Ceux qui oublient et refusent de prendre leur médication énoncent vivre des effets

indésirables reliés à leur traitement en plus de concevoir que ce dernier affecte leur image d'eux-mêmes, ce qui les pousserait de façon non intentionnelle à ne pas prendre leur médicament afin de préserver une image positive d'eux-mêmes en démontrant qu'ils peuvent parfois y arriver sans traitement. Ceux qui refusent de prendre leur médication expriment principalement vivre des effets secondaires négatifs liés à cette dernière. Les effets indésirables de la médication semblent inciter les jeunes de l'échantillon à parfois rejeter le traitement pour les éviter.

Par rapport aux perceptions des jeunes concernant les contributions positives de leur médecin dans l'alliance de travail, une grande majorité des participants indiquent une appréciation des comportements d'acceptation, de chaleur et d'empathie de sa part, mais aussi d'implication du jeune dans la démarche de traitement et de prise en compte de l'expérience subjective de ce dernier dans les décisions médicales. D'autres comportements positifs du médecin moins souvent relevés par les jeunes de l'étude, mais non moins importants puisque rapidement soulevés lorsqu'absents sont l'inconditionnalité du soignant, son engagement envers son jeune patient et le renforcement positif des attentes de ce dernier. Tous ces éléments favoriseraient l'observance puisqu'ils sont davantage représentés chez les jeunes respectant la prescription médicale que chez les jeunes adoptant des comportements d'inobservance.

L'inobservance non intentionnelle ou mixte serait due à une moins grande perception de ces contributions positives du médecin dans la relation, ce qui pourrait affecter leur motivation au traitement en se sentant moins impliqués, écoutés, compris et défavoriser leur ouverture par rapport à leurs difficultés d'observance. Cela est confirmé par les perceptions négatives des jeunes de l'échantillon relativement à leur médecin et pourrait être lié à la faible capacité de mentalisation des adolescents et leur faible estime de soi qui limiteraient leur dévoilement.

L'inobservance intentionnelle est caractérisée par une représentation pauvre du médecin que ce soit par rejet de la relation d'autorité ou suite à des expériences relationnelles difficiles. Il se peut aussi que leur médecin n'arrive pas à mettre en place des comportements qui favoriseraient l'installation d'une alliance de travail de qualité en étant plutôt fermé, contrôlant et peu empathique. Ces deux éléments explicatifs ne permettent pas la mise en place d'une relation favorisant l'observance par manque d'échange et de compréhension mutuelle.

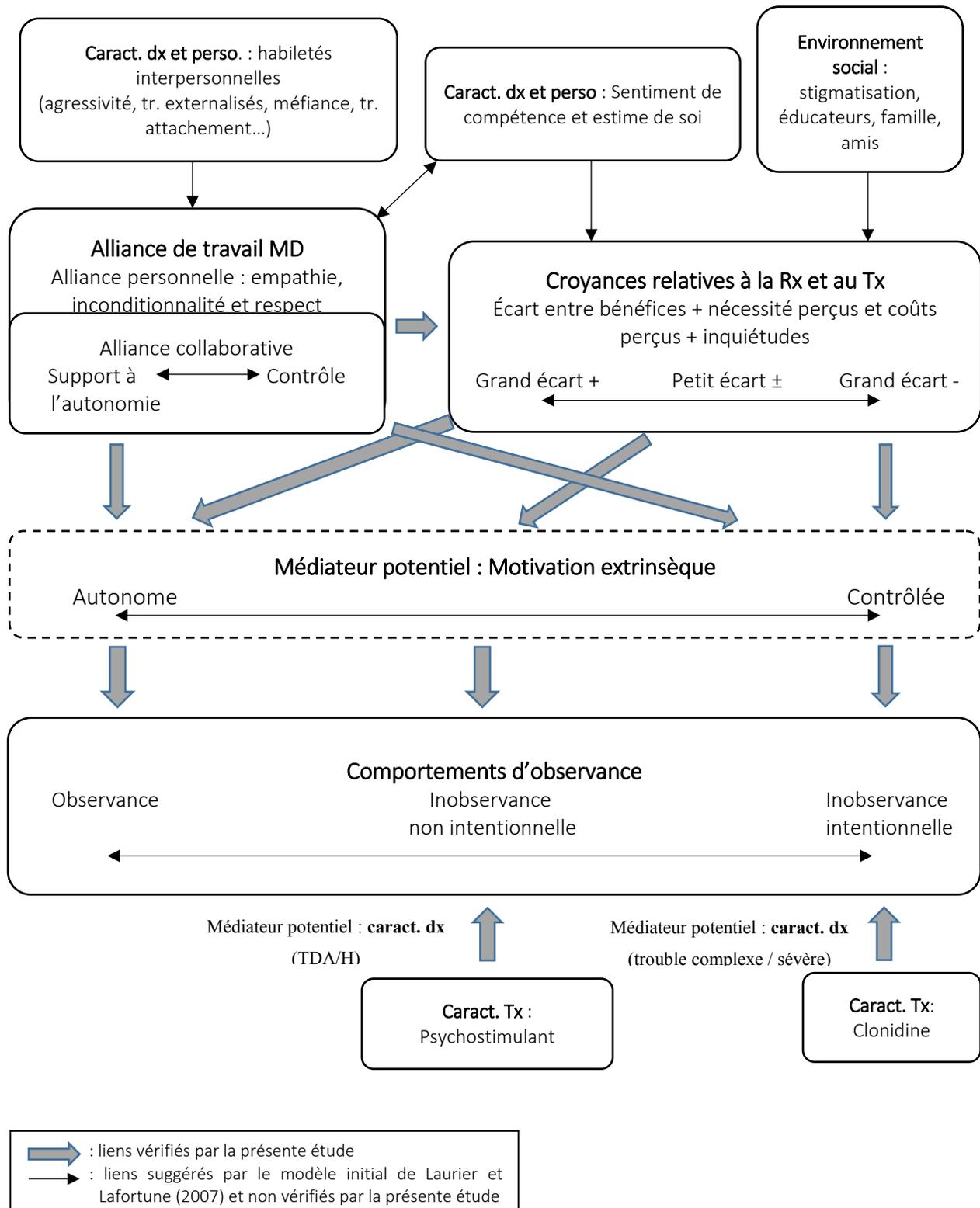
Conceptualisation de l'observance

En regard des résultats de l'étude, un nouveau modèle de l'observance chez les jeunes placés et recevant une médication psychotrope a pu être conçu (Figure 1), à partir de celui déjà élaboré par Laurier et Lafortune (2007).

Les concepts d'observance et d'inobservance sont rassemblés sur un continuum allant de l'observance complète jusqu'à l'inobservance intentionnelle en passant par l'inobservance non intentionnelle. Il a été décidé de représenter le phénomène ainsi puisqu'il s'agit d'une variable continue et dynamique (Krupnick et al., 1996) et que les comportements de prise de la médication par les jeunes sont variables, changeants et parfois simultanés. En effet, des jeunes adoptent des comportements à la fois d'inobservance non intentionnelle et intentionnelle et, en même temps, ces concepts se distinguent au niveau de leurs prédicteurs et des facteurs associés.

Il est également pertinent de mentionner qu'il s'agit ici de la motivation au traitement (la prise de médication psychotrope) et non pas de la motivation au changement. Bien qu'elles puissent être toutes deux étroitement liées, particulièrement lorsqu'il est question de motivation extrinsèque autonome, elles ne sont pas garantes l'une de l'autre. En effet, la motivation au changement peut être présente sans motivation au traitement si le patient considère que le changement peut s'effectuer d'une autre manière, alors que la motivation au traitement peut être

Figure 1 : Modèle de l'observance chez les jeunes en centre jeunesse recevant une médication psychotrope



présente pour d'autre raison que le changement, comme une récompense ou la satisfaction d'autrui. La motivation au changement peut servir de levier pour la motivation au traitement et il peut être tout à fait pertinent de l'utiliser pour favoriser le développement d'une motivation autonome au traitement.

L'observance et la théorie de l'autodétermination

Au modèle actuel de l'observance des jeunes placés et recevant un traitement psychopharmacologique sont intégrés des concepts extraits de la théorie de l'autodétermination (TAD), développée par Deci et Ryan (1985; 1987; 2000; 2008a). Comme abordé précédemment, la représentation et le type de croyances positives et négatives de l'adolescent envers son traitement peuvent être associés à un style motivationnel distinct puisqu'ils déterminent son accord ou son désaccord avec le traitement.

Comme il est difficile d'envisager une satisfaction directement liée à la prise d'un comprimé de médicament psychotrope, l'étude intègre plutôt dans le modèle de l'observance uniquement le reste du continuum, soit la section concernant la motivation extrinsèque. L'amotivation n'a également pas été incluse puisque chaque participant était capable de présenter au moins une raison expliquant sa prise de médication psychotrope.

Selon le nouveau modèle de l'observance du traitement psychopharmacologique, plus un jeune placé a de croyances positives envers son traitement et moins il a de croyances négatives relativement à celui-ci, plus sa motivation à suivre les recommandations du médecin serait autonome, ce qui favoriserait grandement ce comportement. Si l'écart entre les croyances positives et négatives envers le traitement est mince, reflétant l'ambivalence du jeune envers ce dernier, sa motivation se situerait entre le contrôle et l'autonomie et entraînerait des comportements d'inobservance non intentionnelle. Lorsque les croyances positives sont faiblement représentées

et que les croyances négatives dominant dans l'esprit de l'adolescent, celui-ci est probablement en désaccord avec son traitement. Son recours à la médication sera alors motivé par un contrôle externe plutôt que par lui-même, ce qui favorisera l'adoption de pratiques d'inobservance intentionnelle.

La contribution de l'alliance de travail avec le médecin dans le nouveau modèle de l'observance se situe surtout au niveau de l'alliance collaborative entre le soignant et son patient. Le médecin doit préconiser une relation de partenariat avec son jeune patient pour favoriser une motivation autonome et des comportements d'observance. En effet, le fait de laisser le jeune prendre les décisions en lui fournissant des choix et une liberté d'action et d'opinion lui permet d'internaliser le rationnel derrière le comportement à adopter et éventuellement de l'intégrer à ses valeurs et objectifs personnels (Deci & Ryan, 2000; Williams, McGregor, Zeldman, Freedman, & Deci, 2004). Pour ce faire, le médecin doit entre autres partager de l'information au sujet des raisons, objectifs, avantages et inconvénients du traitement. Le patient peut alors dégager sa propre compréhension du traitement et de ses motifs (Deci, Eghrari, Patrick, & Leone, 1994), se forger un raisonnement rationnel, une logique à l'application de son comportement pour ensuite l'intégrer à ses valeurs.

Enfin, l'empathie et l'inconditionnalité du clinicien sont identifiées comme étant essentielles au support à l'autonomie de la personne qui consulte. L'empathie permet de diminuer l'impression de contrôle pouvant être vécu dans une relation puisqu'elle permet l'expression de l'expérience du patient, sa compréhension et sa prise en considération par l'autre. Cela peut diminuer le conflit interne de l'adolescent entre, par exemple, le goût de refuser le traitement et l'incitation externe à l'adopter (Deci & Ryan, 1987; Deci et al., 1994). L'inconditionnalité quant à elle indique au jeune que peu importe ce qu'il exprime ou ressent, cela n'affectera pas la qualité

de la relation dans laquelle il se trouve et qu'il ne sera pas considéré négativement par l'autre (Hougaard, 1994). Alors, l'expression de ses opinions, son expérience, son refus, son désaccord sera grandement favorisée et son observance aussi par le fait même.

Le sentiment de compétence du jeune est probablement déjà mis à mal par l'annonce d'un trouble de santé mentale ou des difficultés de fonctionnement et par le fait qu'il doit être traité (Masi, Marcheschi, & Luccherino, 1996), ce dont démontrent certains extraits d'entrevue des participants concernant l'effet négatif de leur médication psychotrope sur leur image de soi. Il serait donc souhaitable que son autonomie et ses objectifs soient mis de l'avant lors du choix d'un traitement et des décisions relatives à celui-ci pour favoriser le développement ou simplement préserver son sentiment de compétence (Deci & Ryan, 2000).

Le contrôle et l'obligation quant à eux pourraient brimer davantage le sentiment de compétence du jeune, entraîner le développement d'attitudes négatives envers le traitement, menacer l'intégrité du soi, favoriser la motivation contrôlée plutôt qu'autonome et affecter l'observance du traitement. Le renforcement du sentiment de compétence par le clinicien peut aussi se faire à travers la reconnaissance et la valorisation des capacités du patient à atteindre ses objectifs (Fuertes et al., 2007; Deci & Ryan, 2000). Enfin, le fait de discuter avec le jeune patient de ses difficultés à suivre son traitement (effets secondaires, inobservance, imprévus, stigmatisation...) et de l'accompagner dans le développement de stratégies permettant d'y remédier pourrait augmenter son sentiment de compétence et favoriser l'observance (DiMatteo, 2004; McGuinness & Worley, 2010).

L'observance et les croyances relatives au traitement psychopharmacologique

Au niveau des facteurs prédictifs de l'observance, il a été confirmé que les croyances et attitudes relatives au traitement, plus précisément l'écart entre les bénéfices et la nécessité perçus du traitement et les inquiétudes qu'il suscite et les coûts qui y sont attribués, constituent un prédictif de l'observance tel que stipulé par le *Health Belief Model* et confirmé par des études auprès d'autres populations de patients (Horne & Weinman, 1999; Fenton et al., 1997; Oehl et al., 2000; Sajatovic et al., 2009).

En dépit de l'ampleur des difficultés d'observance rapportées par les jeunes, pratiquement tous reconnaissent au moins un effet sur leurs symptômes d'au moins un de leur médicament psychotrope et un niveau minimal de nécessité perçue de la médication psychotrope. Il semble donc que la médication psychotrope soit au moins un peu efficace et considérée nécessaire chez une très grande majorité des jeunes.

Ce résultat signifie également que les jeunes placés ont les capacités nécessaires à la reconnaissance des effets de leur médication et de leurs difficultés (ex.: connaissance des effets attendus, des symptômes ciblés et des objectifs de traitement, capacité de faire le lien entre le changement des symptômes et les effets du traitement) et donc des objectifs de traitement. Cela est contraire à ce que pouvaient énoncer certains auteurs sur les habiletés cognitives parfois limitées des adolescents qui pouvaient empêcher ce genre de constatation (Zack et al., 2007), bien que cette habileté semble effectivement plus limitée chez les jeunes ne respectant pas leur prescription entre autres parce qu'ils n'en perçoivent pas les bénéfices secondaires.

Cela implique aussi qu'un certain niveau d'information au sujet du traitement et du trouble de santé mentale a été fourni par le médecin prescripteur et que les jeunes ont été en mesure de comprendre et retenir les éléments abordés.

Toutefois, ces éléments sont probablement peu liés à l'observance puisqu'ils sont également représentés chez les adolescents adoptant des comportements d'observance et ceux adoptant des comportements d'inobservance. Cela confirme ce que d'autres études énoncent par rapport au fait que l'information fournie par le médecin au sujet du traitement et du trouble ainsi que l'efficacité et la nécessité perçues du traitement sur les symptômes ne sont pas suffisantes à l'adoption de comportements d'observance (Garvie et al., 2011; Riekert, 2000; Quill & Brody, 1996; Bastiaens, 1995). D'ailleurs, la nécessité perçue n'est pas identifiée comme un prédicteur de l'observance et des types d'inobservance dans la présente étude. Parfois, les jeunes adoptant des comportements d'inobservance intentionnelle rapportent reconnaître des changements sur leurs symptômes dus à la médication, mais ne pas désirer ou apprécier ces derniers.

Également, les jeunes ayant des comportements d'inobservance, particulièrement lorsqu'elle est intentionnelle, tiennent parfois un discours contradictoire au niveau de l'efficacité perçue de leur traitement psychopharmacologique. Un moment, ils disent reconnaître que leur médication fonctionne à un certain niveau. Plus loin, ils indiquent que les effets perçus étaient dus à l'effet placebo ou à leur propre contribution, ce qui peut être le reflet d'une attitude ambivalente par rapport à l'efficacité perçue de leur médication ou une tentative de préservation de l'estime de soi et du sentiment de compétence.

Ce qui semble plutôt être associé à l'observance au niveau des attitudes positives relatives à la médication psychotrope chez les jeunes placés est la perception des bénéfices secondaires du traitement. Cette conscience de l'impact élargi de la médication favorise sans doute l'observance

en augmentant la nécessité perçue du traitement et la motivation extrinsèque autonome. En effet, le jeune comprend et désire atteindre les objectifs plus larges du traitement qui sont souvent de l'ordre de l'amélioration du fonctionnement dans diverses sphères de vie, soient l'école ou le travail, la famille, les relations sociales et le bien-être physique et psychologique.

La compréhension des bénéfices du traitement par le jeune lui-même pourrait lui permettre d'aller au-delà de la demande d'autrui, et donc d'une motivation extrinsèque contrôlée, pour développer son propre raisonnement considérant l'utilité et la nécessité de son traitement. Il pourrait ainsi développer une motivation extrinsèque autonome par l'intégration de ces concepts dans ses objectifs et principes personnels.

Bien comprendre les buts du traitement permet aussi au jeune de constituer un raisonnement à opposer aux personnes pouvant contester l'utilité et la pertinence de la médication ou même le stigmatiser (Lee et al., 2006). Cela le rend moins influençable et donc moins à risque d'adopter des comportements d'inobservance face à ces obstacles.

Les coûts et les inquiétudes relatives au traitement sont parfois trop élevés pour que ses bénéfices et sa nécessité perçue en valent la peine, surtout pour les jeunes rapportant des comportements d'inobservance intentionnelle. Les adolescents démontrant des comportements d'inobservance rapportent plus d'effets indésirables de la médication psychotrope, d'effets secondaires, d'inquiétudes relativement à leur prescription et de composantes du traitement qui ne leur conviennent pas (comprimé, posologie et coûts) que les adolescents prenant leur médication tel que prescrit. Ils indiquaient aussi plus souvent que la médication psychotrope affectait négativement leur image de soi.

Ces inconvénients perçus du traitement psychopharmacologique ont été rapportés dans des études auprès des adolescents, mais aucune ne les avait compilés et rassemblés en si grand nombre

avec autant de détail. Cela permet de comprendre que plusieurs enjeux sont à considérer lors de la prescription de médication psychotrope auprès des adolescents placés : l'image de soi, les préoccupations, besoins et priorités relatifs à leur stade développemental, la désirabilité des effets du traitement et les effets secondaires de la médication. (Richard et Lussier, 2016).

L'observance et l'alliance de travail avec le médecin prescripteur

L'alliance de travail avec le médecin est également un facteur prédictif des comportements d'observance des jeunes placés, ce qui corrobore ce que d'autres études avaient déjà démontré auprès d'autres populations (Zolnierek & DiMatteo, 2009; DiMatteo, 2003; DiMatteo, 1995; Holzinger et al., 2002; Llorca, 2008; Maly et al., 2002). Selon les analyses quantitatives, l'alliance est un prédictif de l'observance et de l'inobservance intentionnelle.

Les analyses qualitatives démontrent que les contributions du médecin favorisant l'alliance personnelle (empathie, écoute et inconditionnalité), mais aussi, et surtout, favorisant l'alliance collaborative (compréhension et investigation de l'expérience du jeune, information au sujet du traitement et du trouble, implication du jeune dans le traitement et valorisation des compétences du jeune) sont importantes pour les jeunes. Elles permettent de les distinguer au niveau de leurs comportements d'observance, d'inobservance non intentionnelle, d'inobservance mixte et d'inobservance intentionnelle. Les deux composantes ont donc été incluses dans le modèle de l'observance.

Il se peut que les contributions du médecin relativement à l'alliance collaborative soient plus saillantes dans les entrevues que celles de l'alliance personnelle puisqu'il s'agit généralement de comportements concrets plus faciles à identifier et à mettre en mots que les contributions relatives à l'alliance personnelle. Par exemple, les jeunes vont souvent dire que leur médecin est

gentil ou gentille et bien que cette qualité soit nécessairement incluse dans l'alliance personnelle, elle demeure vague et peut sous-entendre plusieurs contributions à la fois.

Dans le modèle de l'observance proposé ici, le concept d'alliance personnelle englobe celui de l'alliance collaborative indiquant que la première serait nécessaire à l'établissement de la deuxième. Des études indiquent en effet que l'empathie, l'inconditionnalité ou l'impartialité et l'écoute du clinicien constituent la base de l'établissement de la confiance et de la collaboration entre ce dernier et son jeune patient (Everall & Paulson, 2002; DiMatteo, 1995; Hougaard, 1994; Deci et al., 1994) qui elles sont à leur tour directement liées à l'observance (DiMatteo, 1995).

Les contributions du médecin à l'égard de la formation de l'alliance personnelle correspondent aux habiletés du thérapeute mises en valeur dans la thérapie de type humaniste centrée sur le client. En effet, Rogers (1957) a établi que l'authenticité, l'acceptation positive inconditionnelle du patient ainsi que l'empathie étaient des qualités essentielles pour favoriser l'établissement d'une alliance de qualité.

Plus tard, Barrett-Lennard (1986) a scindé le concept d'acceptation positive inconditionnelle en deux construits : la chaleur et l'acceptation positive qui correspondent au regard positif du clinicien sur son patient, au fait qu'il l'apprécie et se soucie de lui et l'inconditionnalité qui réfère à l'absence de jugement et à la tolérance (Hougaard, 1994). Selon Barrett-Lennard (1986), l'inconditionnalité serait cruciale dans le soutien à l'autonomie du patient et au respect de son individualité.

C'est en effet au niveau de l'inconditionnalité du médecin, avec l'empathie et le respect, qu'il existe un écart entre les participants adoptant des comportements d'observance et ceux adoptant des comportements d'inobservance. Les jeunes n'adhérant pas à leur traitement énoncent

que leur médecin refusait de considérer leur refus du traitement ou leur opinion contraire face à leurs recommandations.

Les composantes de l'alliance collaborative favorisant ou défavorisant l'observance correspondent à celles retrouvées dans la littérature scientifique avec les adolescents, soit une relation où l'autonomie est soutenue par le médecin grâce à la valorisation, l'offre de choix, la transmission d'informations, l'implication du patient, la compréhension de l'expérience du jeune et l'investigation de celle-ci. Cela correspond à ce qui est postulé par la théorie de l'autodétermination (Deci & Ryan, 1987; 2000).

Par contre, les participants ne font pas part d'éléments relatifs à la confidentialité dans leur relation avec leur médecin comme c'est le cas chez les adolescents en général et les adolescents placés dans la relation avec leur éducateur ou leur thérapeute (Everall & Paulson, 2002; Henriksen, Degner, & Oscarsson, 2008). Cela peut s'expliquer par le fait que les informations partagées avec le médecin sont moins délicates et relèvent moins de la vie privée ou intime que ce qui peut être partagé avec l'éducateur ou le thérapeute. Une autre explication possible est que les limites de la confidentialité sont claires et bien établies par le médecin et satisfaisantes pour le jeune. Aussi, il se peut que les jeunes placés soient habitués au partage d'informations entre les professionnels et que cela ne constitue donc pas un problème particulier lorsque leur médecin est impliqué.

Les croyances relatives à la médication psychotrope et l'alliance de travail avec le médecin

Les données quantitatives de la thèse démontrent clairement le rôle de médiateur des croyances relatives à la médication dans la relation entre l'alliance de travail avec le médecin et les comportements d'observance des jeunes en centre jeunesse de l'échantillon. Cette relation avait

également été suggérée et démontrée par des études auprès d'autres populations (Strauss & Johnson, 2006; DiMatteo, 2003; Fuertes et al., 2007).

Cette relation n'est pas surprenante, puisque le médecin, par son expertise, sa sensibilité et son écoute du jeune, est en mesure d'agir sur les croyances du jeune par rapport à son traitement. En effet, il peut partager son savoir, éduquer le patient au sujet de la médication et de son trouble, mettre en valeur la nécessité et les bénéfices du traitement et rassurer au sujet des effets secondaires ou à long terme de la médication (Strauss & Johnson, 2006; DiMatteo, 2003, Fuertes et al., 2007) et cela aurait un effet positif sur l'observance ou négatif s'il ne réussit pas bien à remplir ces tâches. Par contre, si le médecin ne réussit pas à obtenir la confiance du jeune et sa collaboration, son impact sur les croyances du jeune risque d'être vain puisque ces composantes de l'alliance de travail sont essentielles à la discussion et à l'ouverture.

Ce rôle du médecin est crucial auprès du jeune parce qu'il y a de fortes chances que ce dernier entretienne au départ davantage de croyances négatives par rapport à la médication psychotrope, comme c'est le cas dans la population générale (Hamrin et al., 2010). Le médecin pourrait renverser la tendance en lui exposant les bénéfices et la nécessité du traitement et en le rassurant.

Implications cliniques

Favoriser l'observance : agir sur les croyances et attitudes relatives au traitement psychopharmacologique

D'abord, il semble essentiel de se questionner sur le désir du jeune de suivre un traitement psychopharmacologique, les raisons qui le motivent à le suivre et les alternatives qui s'offrent à lui avant même d'envisager de lui prescrire un médicament psychotrope. Prendre une décision

importante comme de suivre un traitement psychopharmacologique demande réflexion, concertation et encadrement pour un adolescent placé qui en plus n'a généralement pas la chance d'avoir des parents très impliqués pour l'aider dans ce genre de décisions. Explorer ses impressions, ses inquiétudes et ses croyances relativement au traitement est la première étape vers son adoption et son application pour pouvoir en discuter ouvertement, défaire les croyances erronées et développer des attitudes positives. Faire état des besoins, attentes et priorités du jeune permettra également d'éviter un trop grand écart entre ceux-ci et les objectifs de la pharmacothérapie et ainsi d'éviter la déception et la frustration en favorisant la concordance de ceux-ci. Tous ces éléments devraient être explorés tout au long du traitement puisqu'ils sont dynamiques et variables selon l'évolution du trouble et des symptômes du jeune, son expérience avec la prescription, sa situation de vie et son développement.

Aussi, le médecin devrait faire un suivi concret et régulier des effets positifs de la médication psychotrope sur les objectifs du jeune en l'encourageant à verbaliser à ce sujet pour élargir sa vision des impacts positifs du traitement sur sa vie en général. Ainsi, le jeune aura plus de facilité à percevoir, reconnaître et assimiler ses bienfaits sur différents aspects de sa vie, ce qui pourra favoriser sa motivation autonome et donc son observance.

Comme médecin, il semble particulièrement important de faire un suivi des effets secondaires du traitement psychopharmacologique puisque ceux-ci sont très présents chez l'échantillon étudié et qu'ils constituent un facteur important de l'inobservance de la médication psychotrope. Comme il semble que les patients ne divulguent pas souvent les effets secondaires à leur médecin (Gerlach & Larsen, 1999; Foster, Snaderman, van der Molen, Mueller, & van Sonderen, 2008), il est primordial que ceux-ci fassent une investigation approfondie des effets

secondaires avec leur jeune patient pour mieux agir en connaissance de cause et prévenir l'inobservance qui pourrait en découler.

Le médecin devra surtout être sensible aux effets secondaires concernant l'apparence physique du jeune ou ceux pouvant le faire paraître bizarre ou anormal, enjeux délicats de l'adolescence soulevés par les participants craignant la stigmatisation.

Favoriser l'observance : agir sur l'alliance de travail avec le médecin

Il semble que l'établissement d'une alliance de travail empreinte de respect, d'écoute, d'empathie et d'inconditionnalité devant les opinions et attitudes du jeune par rapport à son traitement et aux recommandations du médecin constitue une base sur laquelle peut se construire une collaboration favorisant l'adoption de comportements de santé. Par ces contributions, le médecin protège l'intégrité de la personne de l'adolescent, son estime et son sentiment de compétence, enjeux importants dans cette période de la vie. Il lui démontre qu'il ne constitue pas une menace à ceux-ci, qu'il s'intéresse à lui et qu'il sollicite et souhaite sa participation. Ainsi, il peut faire baisser la garde de l'adolescent devant une figure qu'il pouvait d'abord considérer comme étant autoritaire ou menaçante (Everall & Paulson, 2002) et proposer une collaboration en se montrant ouvert, attentif, réceptif et en démontrant qu'il travaille dans son intérêt.

Lorsque l'ouverture et l'autonomie du jeune sont permises et encouragées par le médecin, il devient possible pour chacune des deux parties de partager leur point de vue, leurs réserves, leurs suggestions, leurs demandes et attentes pour en arriver à un accord au niveau du traitement et de ses objectifs (Quill & Brody, 1996) et ainsi favoriser une motivation autonome chez le jeune. L'accès aux inquiétudes et inconvénients que perçoit l'adolescent par rapport à son traitement en sera également facilité et l'intervention sur ceux-ci sera alors possible.

Comme médecin, il faut éviter de se positionner dans un rôle d'autorité ou prendre une position de contrôle par rapport au jeune en imposant ses choix, en n'écoutant pas son point de vue et en ne lui expliquant pas les décisions prises (Everall & Paulson, 2002). Cela peut l'inciter à protéger son autonomie et son sentiment de compétence devant cette tentative de prise de contrôle en s'y opposant, ce qui empêcherait l'établissement de l'alliance de travail et l'adoption de comportements d'observance. Aussi, cela favoriserait le développement d'une motivation contrôlée par rapport au suivi de son traitement, type de motivation généralement associée avec des comportements d'inobservance (Deci & Ryan, 2000).

Des auteurs recommandent l'utilisation de techniques motivationnelles pour intervenir sur les croyances et attitudes négatives du jeune par rapport au traitement. Ces techniques visent à développer le raisonnement du client sur les bénéfices perçus du traitement pour les renforcer et ainsi contrebalancer le poids des inconvénients et inquiétudes (Cheng, 2007; Markland, Ryan, Tobinn, & Rollnick, 2005; Richard & Lussier, 2016). Richard et Lussier (2016) proposent même différentes stratégies pour adapter l'entretien motivationnel à un patient adolescent, stratégies dont certaines sont très semblables aux comportements du médecin appréciés par les jeunes en centre jeunesse de la présente étude : investiguer l'expérience subjective du jeune, être à l'écoute et empathique, encourager l'adolescent, l'aider à reconnaître ses contradictions et demeurer inconditionnel devant les résistances tout en essayant de les atténuer.

D'autres recommandent d'appliquer des techniques de la thérapie basée sur les solutions, forme d'intervention également rapide et efficace basée sur l'émergence des objectifs du traitement par le patient à partir de ses objectifs et désirs personnels (Cheng, 2007).

Ces deux méthodes d'intervention protègent et promeuvent l'autonomie du jeune dans ses décisions ainsi que son sentiment de compétence (Cheng, 2007; Markland et al., 2005) et permettent le développement d'une motivation autonome plutôt que contrôlée.

Considérant que le développement de la motivation autodéterminée peut prendre un certain temps de réflexion et d'expérience (Hamrin et al., 2010; Deci & Ryan, 2000), il serait préférable pour le médecin de suivre le rythme du patient à ce niveau pour ne pas forcer les choses et risquer la mise en place d'une motivation contrôlée. Il pourrait rencontrer le jeune plus fréquemment au début, puis espacer les rencontres avec l'installation de la motivation autonome, lorsque l'intégration de l'observance du traitement est complétée.

Également, afin de préserver le sentiment de compétence des adolescents placés recevant une médication psychotrope, le médecin aurait avantage à investiguer et discuter des obstacles relativement à l'observance du traitement pour élaborer ensuite des stratégies pour y remédier, particulièrement s'il s'agit d'observance non intentionnelle. Il serait alors possible d'aborder les attitudes sous-jacentes aux comportements d'observance, surtout s'ils sont intentionnels, pour mieux comprendre l'expérience du jeune avec sa médication et tenter de la modifier en fournissant de l'information concernant le traitement, ses objectifs et ses impacts potentiels.

Il demeure important de sensibiliser les soignants, particulièrement ceux qui oeuvrent à l'extérieur des centres jeunesse, aux caractéristiques particulières des adolescents placés hors du milieu familial. Les éduquer au sujet des difficultés relationnelles potentielles (méfiance, hostilité, fermeture, grande timidité, troubles de l'attachement, provocation, manipulation...) dues à leurs expériences antérieures souvent complexes pouvant avoir été marquées par l'abus, l'abandon, la négligence, la trahison et la maltraitance, pourrait les aider à ajuster leur approche et leur réaction face à des patients en apparence réfractaires et difficiles, mais surtout vulnérables.

Les attitudes à préconiser devant des jeunes ayant ce genre de problématique sont les mêmes que celles recensées par la présente étude avec une emphase particulière mise sur les composantes de l'alliance personnelle : l'empathie, surtout relativement à leurs difficultés relationnelles, l'inconditionnalité devant leurs comportements et attitudes de rejet, d'hostilité et d'angoisse et le respect, l'intérêt et la valorisation malgré leurs habiletés sociales parfois déficientes pour les aider à préserver une image positive d'eux-mêmes et développer un sentiment de compétence.

Favoriser l'observance : Le rôle des autres intervenants

Comme le médecin est soumis à plusieurs contraintes de travail telles que la grande quantité de patients et la pratique à l'extérieur des centres de réadaptation qui limite le temps qu'il peut consacrer au jeune patient, ses connaissances concernant les particularités de la clientèle des centres jeunesse et contexte de vie de ces patients et sa capacité d'intervention sur le terrain, les autres intervenants peuvent également jouer un rôle actif dans l'établissement et le maintien de l'observance du traitement psychopharmacologique.

Pour les éducateurs, il est recommandé de faire un suivi serré et documenté de la prise de la médication et de ses effets. Une étude en centres de réadaptation pour adolescents aux États-Unis par Spellman et coll. (2010) a mis en place un protocole pour les éducateurs afin de transmettre le maximum d'informations sur le traitement, son suivi et ses effets au médecin, informations dont les médecins intervenant en centres de réadaptation disent manquer cruellement (Griffith & al., 2013).

Les éducateurs doivent, lors de chaque prise de la médication, prendre en note si elle a été prise ou non et questionner systématiquement le jeune sur l'efficacité de sa médication au niveau des comportements, cognitions ou émotions visées par le traitement, sur les effets secondaires

ressentis en présentant tous ceux pouvant être associés au traitement et sur les questionnements ou inquiétudes que le jeune peut entretenir au sujet de son traitement (Spellman et al., 2010). Aussi, à chaque moment de changement de personnel quotidien, un éducateur note l'intensité et la fréquence de certains comportements problématiques ciblés observés chez l'adolescent pendant leur quart de travail (Spellman et al., 2010).

L'information détaillée est alors transmise au médecin, avec le consentement du jeune, lors des rendez-vous avec son patient (Spellman et al., 2010), ce qui lui permet d'avoir un portrait clair et détaillé des pratiques du jeune concernant son traitement et de ses impacts, d'en discuter avec lui et d'agir sur les éléments négatifs concernant les effets indésirables, la posologie et autres. Cela pourra permettre de limiter les comportements d'inobservance en ajustant le traitement selon ce qui ressort des nombreuses informations et s'assurer de l'utilisation optimale de la médication.

Comme il existe un important roulement du personnel en centre jeunesse, un compte rendu documenté concernant le traitement psychopharmacologique de l'adolescent et la progression de son état de santé mentale permet de poursuivre un suivi efficace et complet à ce sujet malgré tout. Cette méthode pallie également la potentielle absence de l'implication du parent dans le suivi médical et pharmacologique du jeune.

Le psychologue peut également jouer un rôle important dans la mise en place d'une meilleure observance. Il est recommandé de profiter des rencontres de thérapie et de l'expertise du professionnel pour accompagner le jeune dans sa compréhension de ses difficultés, leur origine, leur impact sur son quotidien en travaillant sur ses capacités de mentalisation. Une meilleure conceptualisation de ses difficultés de santé mentale lui permettra de mieux en discuter avec son médecin, de mieux saisir l'utilité de son traitement psychopharmacologique et de mieux en remarquer les bénéfices secondaires, lacune associée à une moins bonne observance.

Le psychologue peut également intervenir sur les problématiques relationnelles souvent rencontrées chez les jeunes en centre jeunesse qui peuvent nuire à l'établissement d'une alliance de travail de qualité avec le prescripteur. À travers la thérapie, il peut aider le jeune au niveau relationnel en général (difficultés d'attachement, angoisses relationnelles, mécanismes de défense) mais aussi spécifiquement au niveau de sa relation avec le médecin en investiguant et recadrant au besoin ses impressions sur cette dernière.

Finalement, le psychologue pourrait servir de consultant pour le médecin qui rencontrerait des problèmes d'alliance de travail avec son jeune patient afin de pouvoir y remédier en l'éclairant sur les difficultés relationnelles de ce dernier et en le guidant dans ses interventions.

Comme différents intervenants des centres jeunesse et de l'extérieur peuvent donc s'impliquer auprès du jeune et de son traitement psychopharmacologique, il est essentiel d'accorder une attention particulière au respect de la confidentialité de l'adolescent. Chaque intervenant, en particulier le médecin, est tenu de garder confidentielles les informations que le patient ne veut pas révéler à autrui. Malgré que les jeunes de la présente étude ne font pas état de cet enjeu, il s'agit tout de même d'une préoccupation importante chez les adolescents en général et d'un élément incontournable de la relation avec lequel les professionnels doivent composer.

Comment favoriser l'échange inter-intervenant, essentiel au bon suivi du traitement et de l'observance en centre jeunesse, considérant cet obstacle? Richard et Lussier (2016) donnent diverses recommandations quant à cet enjeu. Ils mettent l'emphase sur la transparence qui constitue le cœur du développement de la confiance du jeune envers son intervenant. Ils indiquent que ce dernier doit d'emblée présenter à l'adolescent la règle du secret professionnel et ses limites, les informations précises qu'il désire transmettre aux autres intervenants avec sa permission et permettre la discussion à ce sujet et valider ensemble les éléments qui doivent uniquement

demeurer entre eux. Comme les adolescents en centre jeunesse peuvent être sensibles à la trahison et qu'ils constituent une population particulièrement vulnérable, ces recommandations doivent d'autant plus être respectées.

Les auteurs recommandent également d'évaluer la capacité de discernement et d'autonomie du jeune patient (maturité physique, capacité de raisonnement et de prise de décision, gravité des difficultés ou du problème de santé, caractéristiques familiales, capacité de protection des parents et leur respect de l'autonomie de leur enfant et éléments culturels, légaux et éthiques en jeu) pour juger des informations à transmettre ou à conserver.

La médication psychotrope, un traitement de choix ou pas?

Le taux d'inobservance des jeunes en centre jeunesse recevant une médication psychotrope évalué par l'étude se situe entre 75,8% et 79,1%, ce qui signifie que moins d'un jeune sur quatre prend sa médication tel que prescrit. Ce taux est très élevé et dépasse ce qui avait été évalué quelques années plus tôt par Laurier et collaborateurs (2010) chez les adolescents placés (70%). Il est beaucoup plus élevé que ceux relevés chez des adolescents de la population générale ayant des troubles de santé mentale (37% et 38,1%; Dean et al., 2011; Munson et al., 2010). Cet important taux d'inobservance du traitement psychopharmacologique interroge évidemment la pertinence du recours à ce type de traitement. Très peu respecté par les jeunes malgré l'encadrement des intervenants, le traitement et son efficacité risquent d'être compromis chez une majorité de ceux-ci.

Comme mentionné précédemment, malgré un important taux d'inobservance chez les jeunes en centre jeunesse recevant une médication psychotrope, une très grande majorité de jeunes reconnaissent l'efficacité d'au moins un médicament psychotrope sur au moins un de leurs symptômes. Cela confirme une efficacité minimale, déjà démontrée chez d'autres populations, du

traitement psychopharmacologique dans l'amélioration des symptômes de troubles de santé mentale pour les jeunes placés et leurs problématiques particulières.

Toutefois, plusieurs jeunes rapportent également vivre des effets indésirables liés à la médication psychotrope. En fait, cela constitue la croyance négative la plus souvent rapportée et elle est fortement associée à l'inobservance du traitement chez les jeunes placés de l'échantillon. Comme les effets secondaires de la médication psychotrope peuvent affecter la santé physique et même psychologique de l'adolescent, l'utilisation de la médication psychotrope auprès de cette population doit se faire en considérant prudemment ces effets négatifs potentiels. Malgré les nombreuses tentatives de réduction de ces effets par la recherche médicale et pharmaceutique, ceux-ci sont encore très présents chez l'échantillon étudié et nuisent à l'observance du traitement et donc à son efficacité.

Aussi, les jeunes placés en centre jeunesse indiquent que de prendre une médication psychotrope signifie qu'ils sont soit de mauvaises personnes, soit anormaux, soit non appréciés des autres. Recevoir un traitement psychopharmacologique affecterait négativement leur image d'eux-mêmes, comme cela avait déjà été suggéré dans des études portant sur les adolescents recevant ce type de traitement (Masi et al., 1996; Karver et al., 2006). Des auteurs et chercheurs avaient effectivement signalé l'importance de considérer ce facteur sachant que les adolescents se trouvent à un stade de leur développement où ils construisent et fortifient leur identité à partir du développement de leur autonomie et de leur sentiment d'indépendance et d'invulnérabilité (Rappaport & Chubinsky, 1999). L'impact négatif potentiel de la médication sur l'image de soi pourrait fragiliser l'estime de jeunes déjà vulnérables et entraver leur développement personnel et social.

Des jeunes de l'étude rapportent ne pas être en accord avec le traitement psychopharmacologique et ses effets. En fait, certains affirment même ne pas désirer les changements psychologiques dus à la médication psychotrope indiquant qu'il ne s'agissait pas de leur vraie personnalité, qu'ils préféreraient vivre avec leurs difficultés qui leur procuraient également des avantages ou qu'ils étaient capables d'améliorer leur fonctionnement sans médication. D'autres énoncent avoir refusé le traitement proposé, mais ne pas avoir été considérés dans leur décision par leur médecin, comme si cette option n'était pas disponible pour eux. Ces situations préoccupantes soulèvent un questionnement éthique quant au consentement de ces jeunes par rapport à leur traitement.

Plusieurs adolescents en centre jeunesse reçoivent plus d'un médicament psychotrope et certains suivent un traitement élaboré comprenant plusieurs médicaments psychotropes. Or, la présente étude démontre que lorsqu'il y a prescription de clonidine, médication surtout utilisée en concomitance avec d'autres médicaments pour le traitement de difficultés de santé mentale sévères ou complexes, le risque d'inobservance augmente et donc l'efficacité du traitement risque d'être diminuée. De plus, une étude de Griffith et coll. (2010) auprès de jeunes Américains en centre de réadaptation déclare que les médecins devraient reconsidérer l'utilisation de plus d'un médicament psychotrope à la fois puisque la polypharmacie ne semble pas améliorer leur condition.

Une autre réserve concernant les jeunes placés faisant usage de médicaments concerne le fait qu'ils n'ont pas vraiment d'adulte significatif, comme un parent, qui peut les aider à consentir à leur traitement en le comprenant mieux, à suivre les effets de celui-ci de façon quotidienne, à rendre compte de ces observations au médecin lors des rencontres et à questionner ce dernier sur des éléments d'inquiétude (Naylor, et al., 2007). Les éducateurs ou les travailleurs sociaux qui

pourraient jouer ce rôle ont plusieurs jeunes à leur charge. Ils ne sont pas toujours présents ou disponibles lors des rendez-vous chez le médecin, lors de la prise de la médication ou pour observer les effets de celle-ci sur l'adolescent dans son quotidien. Ainsi, cela peut nuire au suivi du traitement par le médecin par manque d'informations détaillées et au suivi du traitement par le jeune par manque de soutien dans la prise de médication et surtout au niveau de la réflexion sur son traitement, de sa compréhension et dans la reconnaissance des effets positifs et négatifs.

Une pratique médicale possible dans les milieux d'hébergement consiste à prescrire de façon préventive un médicament psychotrope pour le jeune patient. Puisque les médecins ne sont pas toujours sur place, ils peuvent prescrire un médicament psychotrope dont le jeune pourrait éventuellement bénéficier s'il en ressent le besoin. Toutefois, cette pratique est limitée puisque, comme le démontrent les résultats de la présente étude, les jeunes peuvent éprouver des difficultés quant à la compréhension des raisons et des objectifs du traitement et donc ne pas savoir bien identifier les moments où ils pourraient avoir besoin de prendre leur médication.

Finalement, le choix autonome d'un traitement par le jeune implique une offre diversifiée, ce qui n'est actuellement pas le cas dans les centres jeunesse. Les autres services en santé mentale sont extrêmement réduits et leur accessibilité implique des mois, voire un an d'attente pour une population pourtant très vulnérable. Il se peut donc que le jeune reconnaissant ses difficultés et son besoin d'aide se voit parfois contraint de prendre une médication psychotrope faute de mieux. D'ailleurs, il n'est pas certain que des alternatives lui soient proposées d'emblée compte tenu du risque que les médecins consultants externes aux centres jeunesse ne connaissent pas les autres ressources ni leur disponibilité.

Limites de la recherche

Une des limites de la thèse concerne les mesures des concepts étudiés. Les mesures de l'observance, des croyances et de l'alliance ont toutes été prises à un seul moment alors qu'il s'agit de concepts dynamiques, hautement variables et qu'ils pourraient s'influencer mutuellement dans le temps. Il aurait été préférable de faire une étude longitudinale ou à mesures répétées pour avoir une meilleure idée de l'évolution individuelle et commune de ces phénomènes. Toutefois, ce genre de devis nécessite plus de moyens et de ressources.

La mesure unique autorapportée de l'inobservance dans les questionnaires et de l'observance et de l'inobservance dans les entrevues n'était pas corroborée par aucune autre mesure. Il a été tenté de recueillir des mesures de l'observance plus objectives auprès des éducateurs de référence des jeunes, mais celles-ci comportaient tellement de données manquantes qu'il a été impossible de les utiliser.

D'autres mesures plus objectives de l'observance, comme les tests sanguins ou les piluliers électroniques, n'ont pas été utilisées, car trop coûteuses ou invasives. Les mesures d'observance autorapportées sont quand même considérées comme relativement fiables comme l'ont démontré certaines études qui comparaient les taux d'observance rapportés par des adolescents et ceux mesurés à l'aide de mesures plus objectives. Elles ont conclu que ces taux ne se différencient pas significativement et que les adolescents peuvent donner des comptes rendus fiables de leur observance (Levine et al., 2006 ; Burkhart, Dunbar-Jacob, & Rohay, 2001 ; Kennard et al., 2004 ; Greenley, Stephens, Doughty, Raboin, & Kugathasan, 2010).

La mesure de l'alliance de travail avec le médecin, autant par le questionnaire que par l'entrevue, ne comprend que la perspective du jeune et pas celle du médecin. Il est généralement recommandé de considérer les perspectives des deux parties lors de l'évaluation de l'alliance

(Fuertes et al., 2007; Elvins & Green., 2008; Hougaard, 1994) puisque celle-ci se construit et se vit à deux.

Toutefois, la présente étude ne nécessitait pas nécessairement la perspective du médecin, mais voulait simplement identifier ce que les jeunes perçoivent de leur médecin, de ses contributions et de leur alliance avec celui-ci. D'ailleurs, il a été démontré que ce n'est pas tant les habiletés réelles du clinicien qui semblent déterminantes auprès des résultats du traitement ou le développement de la motivation et du sentiment de compétence des jeunes, mais plutôt la perception qu'ils en ont (Deci, Nezlek, & Sheinman, 1981). Évidemment, ces mesures sont sujettes aux distorsions cognitives des jeunes, mais il faut en tenir compte puisque les professionnels travaillant auprès de cette population doivent les connaître et comprendre comment ces adolescents les perçoivent avec leurs limites pour mieux y intervenir.

Aussi, les contributions et habiletés de communication du médecin telles que mesurées par l'étude sont des éléments de l'alliance qu'il est possible et aisé de modifier et d'adapter rapidement pour favoriser l'observance, contrairement aux autres composantes telles que les contributions des jeunes, les contributions communes ou le contexte de l'alliance. Dans le court-terme, il est en effet difficile de changer les caractéristiques de la personnalité des adolescents placés ainsi que le contexte de suivi médical dans les centres jeunesse (Orsi, Lafortune, & Brochu, 2010).

Une autre limite de l'étude concerne plus spécifiquement le questionnaire utilisé pour la mesure de l'alliance de travail avec le médecin qui ne mesure pas directement ce concept, mais les habiletés de communication du médecin impliquées dans l'alliance et favorisant l'observance. Il n'a pas été validé avec des adolescents.

Il est à noter que le questionnaire mesurant l'alliance de travail avec le médecin comprenait très peu d'items relativement au support à l'autonomie du jeune (compréhension du jeune,

investigation, offre de choix, valorisation et information). Or, cet élément semble déterminant dans l'alliance collaborative pour le suivi de la prescription lorsque présent et de l'inobservance lorsqu'absent au profit du contrôle. La force de la prédiction de l'observance aurait pu être augmentée si ces éléments avaient été davantage évalués par le questionnaire.

Ce questionnaire a tout de même été sélectionné en raison du fait qu'il a été conçu spécifiquement pour évaluer la relation entre le médecin et le patient et non pour d'autres professionnels de la santé mentale qui ne jouent pas exactement le même rôle ou ne remplissent pas les mêmes fonctions avec l'adolescent. Il a aussi été construit et validé en français. Finalement, il était court et facile à comprendre, ce qui était préférable puisque les participants devaient en plus répondre à d'autres questionnaires qui cumulaient ensemble au-delà de cent questions.

Une autre limite de l'étude est la faible représentation de certaines variables dans l'échantillon pour les données quantitatives et qualitatives. En effet, peu de jeunes de l'échantillon étaient placés en foyers de groupe et certaines médications étaient peu représentées. Il aurait peut-être été possible de dégager des effets de ces variables sur les comportements d'observance, particulièrement pour le contexte des foyers de groupe puisque des différences entre ce groupe et les jeunes placés en centres de réadaptation existent sur plusieurs variables ayant pu avoir un impact sur ces comportements (sévérité des troubles de santé mentale, niveau d'autonomie, habiletés relationnelles, traitement psychopharmacologique...).

Finalement, certaines variables supplémentaires auraient pu être collectées pour affiner l'interprétation des résultats et comprendre davantage les phénomènes en jeu pour l'observance du traitement psychopharmacologique chez les jeunes placés. Dans le modèle de l'observance, les variables du genre, de la complexité du diagnostic et du contexte d'autorité ont été laissées de côté faute de savoir comment elles s'inscrivent exactement dans le modèle proposé. Des informations

sur le diagnostic psychiatrique, la sévérité et la durée des symptômes ainsi que la durée du traitement auraient pu éclairer ces liens.

Aussi, pour l'alliance de travail avec le médecin, des variables contextuelles auraient pu être mesurées comme la spécialité du médecin, la durée de la relation avec le médecin et la fréquence des rencontres avec le médecin.

Recommandations de recherches futures

D'abord, il est recommandé pour les recherches futures de vérifier l'existence et la puissance des liens entre les variables impliquées dans le phénomène de l'observance et les éléments ajoutés provenant de la théorie de l'autodétermination, soient le type de motivation à suivre le traitement, le sentiment de compétence du jeune et le support à l'autonomie de la part du médecin.

De plus, il pourrait être pertinent d'étudier et d'expliquer les liens entre les variables relatives aux caractéristiques personnelles, diagnostiques, sociales et contextuelles des adolescents placés pour adapter et bonifier le modèle en fonction de ces résultats. Cela est particulièrement vrai au niveau des variables exclues du modèle d'observance faute de connaître les médiateurs en jeu dans leur relation avec l'observance du traitement.

Il pourrait aussi être intéressant d'incorporer des liens dans le modèle avec la théorie des stades de changement de Prochaska et DiClemente (1992). Il est possible que le type de motivation ainsi que le type de comportement d'observance et d'inobservance évoluent en fonction du stade de changement où en est l'adolescent.

Aussi, il serait pertinent d'évaluer sur une plus longue période l'observance et l'inobservance, leurs fluctuations et leur évolution, ainsi que celles des autres variables dans le

modèle comme les croyances et l'alliance pour comprendre comment elles peuvent s'influencer mutuellement, favoriser des changements et être efficaces dans l'amélioration des symptômes et du bien-être du jeune en centre jeunesse.

Conclusion

La présente étude propose un nouveau modèle de l'observance du traitement psychopharmacologique par les jeunes en centre jeunesse. L'étude conceptualise d'abord ce comportement de santé en un continuum : l'observance, l'inobservance non intentionnelle et l'inobservance intentionnelle. Les résultats de l'étude confirment que les croyances relatives à la médication psychotrope et au traitement ainsi que l'alliance de travail avec le médecin sont des prédicteurs des types d'observance et d'inobservance chez les jeunes de l'échantillon placés en centre jeunesse ou en foyer de groupe.

Le modèle explique ces relations à l'aide d'éléments de la théorie de l'autodétermination, soit le type de motivation associé à l'adoption du type de comportement de santé et le soutien à l'autonomie comme contribution du prescripteur à l'alliance de travail. Le modèle propose donc de mettre l'emphase sur l'autonomie des jeunes placés dans le choix du traitement psychopharmacologique et dans son suivi.

Pour ce faire, l'offre et la disponibilité des ressources et stratégies alternatives psychosociales en centre jeunesse devront être bonifiées pour pouvoir laisser le choix au jeune de la ou des solutions à ses difficultés de fonctionnement en toute connaissance de cause.

Aussi, un accompagnement basé sur l'empathie, l'écoute et l'inconditionnalité tout au long du processus de traitement pour réviser ses choix, observer et prendre connaissance des effets

positifs et négatifs du traitement ou de l'absence de traitement, se faire aider au niveau de l'observance de celui-ci et prendre des décisions éclairées.

Enfin, un travail interprofessionnel efficace et complémentaire peut faciliter la mise en place d'éléments favorisant l'observance.

Bibliographie

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) (2002). Practice Parameter for the Use of Stimulant Medications in the Treatment of Children, Adolescents, and Adults. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(suppl.2), 26S-49S.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) (2005). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Substance Use Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(6), 609-621. doi: 10.1097/01.chi.0000159135.33706.37

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) (2007a). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(7), 894-921. doi: 10.1097/chi.0b013e318054e724

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) (2007b). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Anxiety Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(2), 267-283. doi: 10.1097/01.chi.0000246070.23695.06

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) (2007c). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Depressive Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1503-1526. doi: 10.1097/chi.0b013e318145ae1c

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) (2007d). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Bipolar Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(1), 107-125. doi: 10.1097/01.chi.0000242240.69678.c4
- Acquaviva, E., Legleye, S., Auleley, G.R., Deligne, J., Carel, D., & Falissard B, B. (2009). Psychotropic medication in the French child and adolescent population : prevalence, estimation from health insurance data and national self-report survey data. *BMC Psychiatry*, 9, 72-78.
- Austin, S. (2012). *L'observance du plan alimentaire chez les adolescents diabétiques de type I: Description et prédiction* (Thèse de doctorat inédite). Université Laval.
- Austin, S., Sénécal, C., Guay, F., & Nouwen, A. (2011). Effects of gender, age, and diabetes duration on dietary self-care in adolescents with type I diabetes: A Self-Determination Theory perspective, *Journal of Health Psychology*, 16(6), 917-928. doi: 10.1177/1359105310396392
- Awad, A. (2004). Antipsychotic medications: Compliance and attitudes towards treatment, *Current Opinion in Psychiatry*, 17(2), 75-80.
- Baillargeon, J., Black, S.A., Contreras, S., Grady, J., & Pulvino, J. (2001). Anti-depressant prescribing patterns for prison inmates with depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 63(1-3), 225-231.
- Baillargeon, J. & Contreras, S. (2001). Antipsychotic prescribing patterns in the Texas prison system. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 29(1), 48-53.

- Baillargeon, J., Contreras, S., Grady, J.J., Black, S.A., & Murray, O. (2000). Compliance With Antidepressant Medication Among Prison Inmates With Depressive Disorders, *Psychiatric Services*, 51(11), 1444-1446.
- Barrett-Lennard. G.T. (1986). The relationship inventory now. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsoff (Eds.), *The psychotherapeutic process. A research handbook*. New York & London: Guilford Press.
- Baumann, M., Baumann, C., Aubry, C., & Alla, F. (2005). Échelle des attitudes des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine favorisant l'observance thérapeutique, *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*, 36(1), 23-33.
- Bastiaens, L. (1995). Compliance with pharmacotherapy in adolescents: Effects of patients' and parents' knowledge and attitudes toward treatment, *Journal of Child and Adolescent psychopharmacology*, 5(1), 39-48.
- Bennett, J. K. (2008). *The impact of the physician-patient working alliance and attachment on lupus treatment outcomes* (Thèse de doctorat). Accessible par ProQuest Dissertations and Theses.
- Berk, M., Berk, L., & Castle, D. (2004). A collaborative approach to the treatment alliance in bipolar disorder, *Bipolar Disorders*, 6(6), 504-518.
- Bickman, L., Vides de Andrade, A.R., Lambert, E.W., Doucette, A., Sapyta, J., Boyd, A.S., Rumberger, D.T., Moore-Kurnot, J., McDonough, L.C., & Rauktis, M.B. (2004). Youth therapeutic alliance in intensive treatment settings, *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 31(2), 134-148.

- Biederman, J., Wilens, T., Mick, E.M., Spencer, T., & Faraone, S.V. (1999). Pharmacotherapy of Attention-deficit/Hyperactivity Disorder Reduces Risk for Substance Use Disorder. *Pediatrics*, 104(2).
- Bobo, W.V., Cooper, W.O., Stein, M., Olfson, M., Graham, D., Daugherty, J., Fuchs, C., Ray, W.A. (2013). Antipsychotics and the risk of type 2 diabetes mellitus in children and youth. *Journal of the American Medical Academy in Psychiatry*, 70, 1067–1065.
- Bordin E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance, *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 252–260.
- Burkhart, P.V., Dunbar-Jacob, J.M., & Rohay, J.M. (2001). Accuracy of Children’s Self-Reported Adherence to Treatment, *Journal of Nursing Scholarship*, 33(1), 27-32.
- Chakraborty, K., Avasthi, A., Kumar, S., & Grover, S. (2009). Attitudes and beliefs of patients of first episode depression towards antidepressants and their adherence to treatment, *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 44(6), 482-488.
- Charpentier, A., Goudemand, M., & Thomas, P. (2009). Therapeutic alliance, a stake in schizophrenia. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 35(1), 80-89.
- Cheng, M. K. (2007). New approaches for creating the therapeutic alliance: Solution-focused interviewing, motivational interviewing, and the medication interest model, *Psychiatric Clinics of North America*, 30(2), 157-166.
- Clifford, S., Barber, N., & Horne, R. (2008). Understanding different beliefs held by adherers, unintentional nonadherers, and intentional nonadherers: Application of the Necessity-Concerns Framework, *Journal of psychosomatic research*, 64(1), 41-46.

- Collin, J. (2016). On social plasticity: the transformative power of pharmaceuticals on health, nature and identity. *Sociology of Health and Illness*, 38(1), 73-89. doi: 10.1111/1467-9566.12342
- Correll, C.U. (2008). Monitoring and management of antipsychotic-related metabolic and endocrine adverse events in pediatric patients. *International Review of Psychiatry*, 20(2), 195-201. doi: 10.1080/09540260801889179
- Correll, C.U., Penzner, J.B., Parikh, U.H., Mughal, T., Javed, T., Carbon, M., & Malhotra, A.K. (2006). Recognizing and monitoring adverse events of second-generation antipsychotics in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 15(1), 177-206. doi:10.1016/j.chc.2005.08.007
- Cooper, C., Bebbington, P., King, M., Brugha, T., Meltzer, H., Bhugra, D., & Jenkins, R. (2007). Why people do not take their psychotropic drugs as prescribed: results of the 2000 National Psychiatric Morbidity Survey, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(1), 47-53.
- Cousineau, M. (2016, 13 avril). De plus en plus de jeunes prennent des antipsychotiques, *Radio-Canada*. Repéré à <http://ici.radio-canada.ca/nouvelles/National/2016/04/02/001-antidepresseurs-antipsychotiques-jeunes-12-18-ans-hausse-ordonnance.shtml>
- Covell, N.H., Weissman, E.M., Schell, B., McCorkle, B.H., Summerfelt, W.T., Weiden, P.J., & Essock, S.M. (2007). Distress with Medication Side Effects among Persons with Severe Mental Illness. *Administration and Policy of Mental Health*, 34, 435-442. doi: 10.1007/s10488-007-0131-1
- Cramer, J.A., & Rosenheck, R. (1998). Compliance with medication regimens for mental and physical disorders, *Psychiatric Services*, 49(2), 196-201.

- Dean, A.J., Wragg, J., Draper, J., & McDermott, B.M. (2011). Predictors of medication adherence in children receiving psychotropic medication. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 47(6), 350-355.
- Deci, E.L., Eghrari, H., Patrick, B.C., & Leone, D.R. (1994). Facilitating Internalization: The Self-Determination Theory Perspective, *Journal of Personality*, 62(1), 119-141.
- Deci, E.L., Nezlek, J., & Sheinman, L. (1981). Characteristics of the rewarder and intrinsic motivation of the rewardee, *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 1-10.
- Deci, E.L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press.
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (1987). The Support of Autonomy and the Control of Behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(6), 1024-1037.
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (2000). The “What” and “Why” of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268.
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (2008a). A Self-Determination Theory Approach to Psychotherapy: The Motivational Basis for Effective Change, *Canadian Psychology*, 49(3), 186-193. doi: 10.1037/a0012753
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (2008b). Facilitating Optimal Motivation and Psychological Well-Being Across Life’s Domains, *Canadian Psychology*, 49(1), 14-23. doi: 10.1037/0708-5591.49.1.14
- De Hert, M., Detraux, J., van Winkel, R., Yu, W., & Correll, C.U. (2012). Metabolic and cardiovascular adverse effects associated with antipsychotic drugs. *Nature Reviews in Endocrinology*, 8, 114-126. doi:10.1038/nrendo.2011.156

- Desjardins, J., Lafortune, D., & Cyr, F. (2010). La pharmacothérapie dans les centres de rééducation: Portrait des enfants places qui reçoivent des services médicaux. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 53(1), 285-312.
- DiMatteo, M.R., Haskard, K.B., & Williams, S.L. (2007). Health beliefs, disease severity, and patient adherence: a meta-analysis, *Medical Care*, 45(6), 521-528.
- DiMatteo, M.R. (2004). Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research, *Medical Care*, 42(3), 200-209.
- DiMatteo, M.R. (2003). Future directions in research on consumer-provider communication and adherence to cancer prevention and treatment, *Patient Education & Counseling*, 50(1), 23-26.
- DiMatteo, M.R., Lepper, H.S., & Croghan, T.W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence, *Archives of Internal Medicine*, 160(14), 2101-2107.
- DiMatteo, M.R. (1998). The role of the physician in the emerging health care environment, *Western Journal of Medicine*, 168(5), 328-333.
- DiMatteo, M.R. (1995). Patient adherence to pharmacotherapy: the importance of effective communication, *Formulary*, 30(10), 596-598.
- DiMatteo, M.R. (1994). Enhancing patient adherence to medical recommendations, *Journal of the American Medical Association*, 271(1), 79-83,
- dosReis, S., Zito, J.M., Safer, D.J., Gardner, J.F., Puccia, K.B., & Owens, P.L. (2005). Multiple psychotropic medication use for youths: a two-state comparison. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15(1), 68-77.

- Dubyna, J., & Quinn, C. (1996). The self-management of psychiatric medications: a pilot study, *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 3(5), 297-302.
- Elliott, R. A., Barber, N., & Horne, R. (2005). Cost-effectiveness of adherence-enhancing interventions: a quality assessment of the evidence, *Annals of Pharmacotherapy*, 39(3), 508-515.
- Eltz, M.J., Shirk, S.R., & Sarlin, N. (1995). Alliance formation and treatment outcome among maltreated adolescents, *Child Abuse and Neglect*, 19(4), 419-431.
- Elvins, R., & Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review, *Clinical Psychology Review*, 28, 1176-1187.
- Emilsson, M., Gustafsson, P.A., Öhnström, G., & Marteinsdottir, I. (2017). Beliefs regarding medication and side effects influence treatment adherence in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 559-571.
doi: 10.1007/s00787-016-0919-1
- Everall, R.D. & Paulson, B.L. (2002). The therapeutic alliance: Adolescent perspectives, *Counselling & Psychotherapy Research*, 2(2), 78-87.
- Fenton, W. S., Blyler, C. R., & Heinssen, R. K. (1997). Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings, *Schizophrenia Bulletin*, 23(4), 637-651.
- Findling, R.L. (2001). Paediatric psychopharmacology: closing the gap between science and practice. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 2, 523–525.
- Findling, R.L., Steiner, H., & Weller, E.B. (2005). Use of Antipsychotics in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(suppl.7), 29-40.

- Fleury, E. (2016, 15 avril). Des jeunes gavés de pilules, *La Presse.ca*. Repéré à <http://www.lapresse.ca/le-soleil/actualites/sante/201604/14/01-4971416-des-jeunes-gaves-de-pilules.php>
- Floersch, J., Townsend, L., Longhofer, J., Munson, M., Winbush, V., Kranke, D., Faber, R., Thomas, J., Jenkins, J.H., & Findling, R.L. (2009). Adolescent Experience of Psychotropic Treatment, *Transcultural psychiatry*, 46(1), 157-179.
- Foster, J.M., Sanderman, R., van der Molen, T., Mueller, T., & van Sonderen, E. (2008). Personality Influences the Reporting of Side Effects of inhaled Corticosteroids in Asthma Patients, *Journal of Asthma*, 45(8), 664-669. doi: 10.1080/02770900802127022
- Fuertes, J. N., Mislouack, A., Bennett, J., Paul, L., Gilbert, T. C., Fontan, G., & al. (2007). The physician-patient working alliance, *Patient Education and Counseling*, 66(1), 29-36.
- Garvie, P.A., Flynn, P.M., Belzer, M., Britto, P., Hu, C., Graham, B., & al., (2011). Psychological factors, beliefs about medication, and adherence of youth with immunodeficiency virus in a multisite directly observed therapy pilot study, *Journal of Adolescent Health*, 48(6), 637-640.
- Gavin, L.A., Wamboldt, M.Z., Sorokin, N., Levy, S.Y., & Wamboldt, F.S. (1999). Treatment alliance and its association with family functioning adherence, and medical outcome in adolescents with severe, chronic asthma, *Journal of Pediatric Psychology*, 24(4), 355-365.
- Gerlach, J., & Larsen, E.B. (1999). Subjective experience and mental side-effects of antipsychotic treatment, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99(suppl.395), 113-117.

- Giroux, L. (2016). Les métaphores et les modèles de relation clinicien-patient. In C. Richard et M.-T. Lussier (Eds), *La communication professionnelle en santé*. Montréal, CA : Pearson ERPI.
- Green, J. (2006). Annotation: The therapeutic alliance – a significant but neglected variable in child mental health treatment studies, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(5), 425-435.
- Greenley, R. N., Stephens, M., Doughty, A., Raboin, T., & Kugathasan, S. (2010). Barriers to Adherence Among Adolescents with Inflammatory Bowel Disease, *Inflammatory Bowel Diseases*, 16(1), 36-41.
- Griffith, A.K., Epstein, M.H., & Huefner, J.C. (2013). Psychotropic Medication Management Within Residential Treatment Centers: Physician Opinions About Difficulties and Barriers. *Journal of Child and Family Studies*. doi: 10.1007/s10826-013-9790-6
- Hack, S., & Chow, B. (2001). Pediatric psychotropic medication compliance: a literature review and research-based suggestions for improving treatment compliance. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 11(1), 59-67.
- Hamrin, V., McCarthy, E.M., & Tyson, V. (2010). Pediatric Psychotropic Medication Initiation and Adherence: A Literature Review Based on Social Exchange Theory, *Journal of Child and Adolescent Psychiatry Nursing*, 23(3), 151-172. doi: 10.1111/j.1744-6171.2010.00237.x
- Handwerk, M.L., Huefner, J.C., Ringle, J.L., Howard, B.K., Soper, S.H., Almquist, J.K., & Chmelka, M. (2008). The role of therapeutic alliance in therapy outcomes for youth in residential care. *Residential Treatment for Children and Youth*, 25(2), 145-165.

- Hardeman, S. M., Harding, R. K., & Narasimhan, M. (2010). Simplifying adherence in schizophrenia, *Psychiatric Services*, 61(4), 405-408.
- Haw, C., & Stubbs, J. (2007). Off-label psychotropic prescribing for young persons in medium security. *Journal of psychopharmacology*, 24(10), 1491-1498.
- Hayes, A.F. & Scharkow, M. (2013). The Relative Trustworthiness of Inferential Tests of the Indirect Effect in Statistical Mediation Analysis: Does Method Really Matter? *Psychological Science*, 1-10. doi:10.1177/0956797613480187
- Haynes, R.B., Ackloo, E., Sahota, N., McDonald, H.O., & Yao, X. (2008). Interventions for enhancing medication adherence (Review), *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. doi: 10.1002/14651858.CD000011.pub3
- Hazell, P.L., & Stuart, J.E. (2003). A Randomized Controlled Trial of Clonidine Added to Psychostimulant Medication for Hyperactive and Aggressive Children, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 42(8), 886-894. doi: 10.1097/01.CHI.0000046908.27264.00
- Henriksen, A., Degner, J., & Oscarsson, L. (2008). Youth in coercive residential care: Attitudes towards key staff members' personal involvement, from a therapeutic alliance perspective, *European Journal of Social Work*, 11(2), 145-159.
- Hilt, R.J., Chaudhari, M., Bell, J.F., Wolf, C., Koprowicz, K., & King, B.H. (2014). Side effects from use of one or more psychiatric medications in a population-based sample of children and adolescents. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*, 24(2), 83-89. doi: 10.1089/cap.2013.0036

- Holzinger, M.D., Loffler, W., Muller, P., Priebe, S., & Angermeyer, M.C. (2002). Subjective Illness Theory and Antipsychotic Medication Compliance by Patients with Schizophrenia, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190 (9), 597-603.
- Horne, R. & Weinman, J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness, *Journal of Psychosomatic Research*, 47(6), 555-567.
- Horvath, A.O. (1994). Research on the alliance. In A.O. Horvath & L.S. Greenberg (eds), *The Working Alliance: Theory, Research, and Practice*. New York: Wiley.
- Hougaard, E. (1994). The therapeutic alliance – A conceptual analysis, *Scandinavian Journal of Psychology*, 35, 67-85.
- Janz, N.K., & Becker, M.H. (1984). The Health Belief Model: A Decade Later, *Health Education & Behavior*, 11(1), 1-47.
- Jonsdottir, H., Friis, S., Horne, R., Pettersen, K. I., Reikvam, A., & Andreassen, O. A. (2009). Beliefs about medications: measurement and relationship to adherence in patients with severe mental disorders, *Acta psychiatrica Scandinavica*, 119(1), 78-84.
- Julius, R.J., Novitsky, M.A., Jr., & Dubin, W.R. (2009). Medication adherence: A review of the literature and implications for clinical practice, *Journal of Psychiatric Practice*, 15(1), 34-44.
- Kampman, O., & Lehtinen, K. (1999). Compliance in psychoses, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100(3), 167-175.
- Karver, M.S., Handelsman, J.B., Fields, S., & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different

- relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature, *Clinical Psychology Review*, 26(1), 50-65.
- Keepers, G.A., Clappison, V.J., & Casey D.E. (1983). Initial anticholinergic prophylaxis for neuroleptic-induced extrapyramidal syndromes. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1113-1117.
- Keller, M.B., Hirschfeld, R.M.A, Demyttenaere, K., & Baldwin, D.S. (2002). Optimizing outcomes in depression: focus on antidepressant compliance, *International Clinical Psychopharmacology*, 17, 265-271.
- Kennard, B.D., Stewart, S.M., Olvera, R., Bawdon, R.E., Hailin, A.O., Lewis, C.P., & al. (2004). Nonadherence in Adolescent Oncology Patients: Preliminary Data on Psychological Risk Factors and Relationships to Outcome, *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11(1), 31-39.
- Kikkert, M.J., Schene, A.H., Koeter, M.W., Robson, D., Born, A., Helm, H., & al. (2006). Medication Adherence in Schizophrenia: Exploring Patients', Carers' and Professionals' Views, *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 786-794.
- Krishnan, M., Bellonci, C., Foltz, R., & Lieberman, R.E. (2014). *Redefining Residential : Towards Use of Psychotropic Medication*. American Association of Children's Residential Centers: www.aacrc-dc.org
- Krupnick, J.L., Sotsky, S.M., Simmens, S., Moyer, J., Elkin, I., Watkins, J., & Pilkonis, P.A. (1996). The roel of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institue of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 532-539.

- Kyngäs, H., Hentinen, M., & Barlow, J.H. (1998). Adolescents' perceptions of physicians, nurses, parents and friends: Help or hindrance in compliance with diabetes self-care? *Journal of Advanced Nursing*, 27(4), 760-769.
- Lacro, J. P., Dunn, L. B., Dolder, C. R., Leckband, S. G., & Jeste, D. V. (2002). Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: A comprehensive review of recent literature, *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(10), 892-909.
- Lafortune D. & Collin, J. (2006). La prescription de médicaments psychotropes aux enfants et adolescents : prévalence, politiques, pratiques et pistes de recherche, *Canadian Psychology*, 47(3), 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.
- Lafortune, D. & Vacheret, M. (2009). La prescription de médicaments psychotropes aux personnes incarcérées dans les prisons provinciales du Québec. *Santé mentale au Québec*, 34(2), 147-170. doi: 10.7202/039130ar
- Langer, N. (1999). Culturally competent professionals in therapeutic alliances enhance patient compliance. *Journal of Health Care for the Poor & Underserved*, 10(1), 19-26.
- Laurier C., & Lafortune, D. (2007). Les facteurs contribuant à l'observance d'une psychopharmacothérapie chez les adolescents hébergés en centres de réadaptation, *Canadian Psychology*, 48(4), 211-220.

- Laurier, C., Lafortune, D., & Collin, J. (2010). Compliance with psychotropic medication treatment among adolescents living in youth care centres. *Children and Youth Services Review, 32*(1), 67-73.
- Lee, B.R., Munson, M.R., Ware, N.C., Ollie, M.T., Scott, L.D., & McMillen, J. (2006). Experiences of and attitudes toward mental health services among older youths in foster care, *Psychiatric Services, 57*(4), 487-492.
- Levine, A.J., Hinking, C.H., Marion, S., Keuning, A., Castellon, S.A., Lam, M., & al. (2006). Adherence to Antiretroviral Medications in HIV: Differences in Data Collected via Self-Report and Electronic Monitoring, *Health Psychology, 25*(3), 329-335.
- Llorca, P.-M. (2008). Partial compliance in schizophrenia and the impact on patient outcomes. *Psychiatry Research, 161*(2), 235-247.
- Longhofer, J., Floersch, J., & Okpych, N. (2011). Foster youth and psychotropic treatment: Where next?, *Children and Youth Services Review, 33*, 395-404. doi: 10.1080/13648470.2010.493599
- Maly, R.C., Leake, B., Frank, J.C., DiMatteo, M.R., & Reuben, D.B. (2002). Implementation of consultative geriatric recommendations: the role of patient-primary care physician concordance, *Journal of the American Geriatrics Society, 50*(8), 1372-1380.
- Marinker, M., & Shaw, J. (2003). Not to be taken as directed: Putting concordance for taking medicines into practice, *BMJ: British Medical Journal, 326*(7385), 348-349.
- Markland, D., Ryan, R.M., Tobin, V.J., & Rollnick, S. (2005). Motivational interviewing and Self-Determination Theory, *Journal of Social and Clinical Psychology, 24*(6), 811-831.
- Masi, G., Marcheschi, M. & Luccherino, L. (1996). Psychotropic medication in adolescence : Psychodynamic and clinical considerations, *Adolescence, 31*, 124, 925-933.

- McClellan, J., Stock, S., & AACAP Committee on Quality Issues (2013). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Schizophrenia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(9), 976-990.
- McConville, B.J., & Sorter, M.T. (2004). Treatment challenges and safety considerations for antipsychotic use in children and adolescents with psychoses. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(suppl.6), 20-29.
- McCracken, L. M., Hoskins, J., & Eccleston, C. (2006). Concerns about medication and medication use in chronic pain. *Journal of Pain*, 7(10), 726-734.
- McCracken, J.T., McGough, J., Shah, B., Cronin, P., Hong, D., Aman, M.G., ... McMahon, D. (2002). Risperidone in children with autism and serious behavioral problems. *New England Journal of Medicine*, 347, 314-321. doi: 10.1056/NEJMoa013171
- McDonald, H.P., Garg, A.X., & Haynes, R.B. (2002). Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: scientific review. *Journal of the American Medical Association*, 288(22), 2868-2879.
- McGuinness, T.M. & Worley, J. (2010). Promoting adherence to psychotropic medication for youth. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 48(10), 19-22.
- McKay, M. (2007). Forced drugging of children in foster care: Turning child abuse victims into involuntary psychiatric patients. *Journal of Orthomolecular Medicine*, 22(2), 63-74.
- McKinney, C., & Renk, K. (2011). Atypical antipsychotic medications in the management of disruptive behaviors in children: Safety guidelines and recommendations. *Clinical Psychology Review*, 31, 465-471. doi:10.1016/j.cpr.2010.11.005

- Mead, N., Bower, P., & Hann, M. (2002). The impact of general practitioners' patient-centeredness on patients' post-consultation satisfaction and enablement, *Social Science & Medicine*, 55(2), 283-299.
- Moline, S. & Frankenberger (2001). Use of stimulant medication for treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: A survey of middle and high school students' attitudes, *Psychology on the Schools*, 38(6), 569-584.
- Moses, T. (2011). Adolescents' Commitment to Continuing Psychotropic Medication: A Preliminary Investigation of Considerations, Contradictions, and Correlates, *Child Psychiatry and Human Development*, 42(1), 93-117. doi: 10.1007/s10578-010-0209-y
- Moses, T. (2008). Psychotropic medication practices for youth in systems of care, *Journal of Child and Family Studies*, 17(4), 567-581.
- Moses, T. (2004). *Social workers' perspectives on medicalized treatment of youth*. Moses, Tally: U California, Los Angeles, US.
- Munson, M.R., Floersch, J.E., & Townsend, L. (2010). Are health belief related to adherence among adolescents with mood disorder? *Administration & Policy in Mental Health*, 37(5), 408-416.
- Murphy, T.K., Lewin, A.B., Storch, E.A., Stock, S., & AACAP Committee on Quality Issues, 2013. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Tic Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(12), 1341-1359.

- Narendorf, S.C., Bertram, J., & McMillen, J.C. (2011). Diagnosis and medication overload? A nurse review of the psychiatric histories of older youth in treatment foster care. *Child Welfare*, 90(3), 27-43.
- Naylor, M.W., Davidson, C.V., Ortega-Piron, D., Bass, A., Gutierrez, A., & Hall, A. (2007). Psychotropic medication management for youth in state care: Consent, oversight, and policy considerations, *Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program*, 86(5), 175-192.
- Nye, F.I. (1979). Choice, exchange, and the family. In W.R. Burr, R. Hill, F.I. Nye, & I. Reiss, (Eds.), *Contemporary theories about the family* (vol. 2). New York: Free Press
- Oehl, M., Hummer, M., & Fleischhacker, W. (2000). Compliance with antipsychotic treatment, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(Suppl407), 83-86.
- Olfson, M., Mechanic, D., Hansell, S., Boyer, C. A., Walkup, J., & Weiden, P. J. (2000). Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 51(2), 216-222.
- Orsi, M.M., Lafortune, D., Brochu, S. (2010). Care and control : Working alliance among adolescents in authoritarian settings, *Residential Treatment for Children & Youth*, 27(4), 277-303.
- Osterberg, L. & Blaschke, T. (2005). Adherence to Medication, *The New England Journal of Medicine*, 353, 487-497.
- Palumbo, D.R., Sallee, F.R., Pelham, W.E., Bukstein, O.G., Daviss, W.B., McDermott, M.P., & The Cat Study Team (2008). Clonidine for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: I. Efficacy and Tolerability Outcomes. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(2), 180-188. doi: 10.1097/chi.0b013e31815d9af7

- Phatak, H. M., & Thomas, J., 3rd. (2006). Relationships between beliefs about medications and nonadherence to prescribed chronic medications, *Annals of Pharmacotherapy*, 40(10), 1737-1742.
- Pozzi, M., Bertella, S., Cattaneo, D., Molteni, M., Perrone, V., Carnovale, C., Antoniazzi, S., Clementi, E., & Radice, S. (2013). Are non-serious adverse reactions to psychiatric drugs really non-serious? *Journal of Child & Adolescent psychopharmacology*, 23(6), 394-400.
- Preacher, K.J. & Hayes, A.F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 36(4), 717-731.
- Preacher, K.J., & Kelley, K. (2011). Effect size measures for mediation models: Quantitative strategies for communicating indirect effects. *Psychological Methods*, 16, 93-115. doi:10.1037/a0022658
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1992). The transtheoretical approach. In J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books.
- Quill, T.E., & Brody, H. (1996). Physician Recommendations and Patient Autonomy: Finding a Balance between Physician Power and Patient Choice, *Annals of Internal Medicine*, 125, 763-769.
- Rappaport, N. & Chubinsky (2000). The meaning of psychotropic medications for children, adolescents and their families, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(9), 1198-1200.

- Richard, C. & Lussier, M.-T. (2016). *La communication professionnelle en santé, 2^e édition*. Montréal : Pearson ERPI.
- Riekert, K.A. & Drotar, D. (2002). The Beliefs About Medication Scale: Development, reliability, and validity, *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 9(2), 177-184.
- Riekert, K.A. (2000). *Health Belief and medication adherence among adolescents with chronic health conditions*, (Thèse de doctorat). Accessible par ProQuest Dissertations & Theses.
- Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change, *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Ross, E.C., Polascheck, D.L., & Ward, T. (2008). The therapeutic alliance: A theoretical revision for offender rehabilitation, *Aggression and Violent Behavior*, 13(6), 462-480.
- Sajatovic, M., Ignacio, R. V., West, J. A., Cassidy, K. A., Safavi, R., Kilbourne, A. M., & al. (2009). Predictors of nonadherence among individuals with bipolar disorder receiving treatment in a community mental health clinic, *Comprehensive psychiatry*, 50(2), 100-107.
- Sewitch, M.J., Dobkin, P.L., Bernatsky, S., Baron, M., Starr, M., Cohen, M., & Fitzcharles, M.-A. (2004). Medication non-adherence in women with fibromyalgia, *Rheumatology*, 43, 648-654. doi:10.1093/rheumatology/keh141
- Sewitch, M.J., Abrahamowicz, M., Barkun, A., Bitton, A., Wild, G.E., Cohen, A., & Dobkin, P.L. (2003). Patient Nonadherence to Medication in Inflammatory Bowel Disease, *The American Journal of Gastroenterology*, 98(7), 1535-1544. doi:10.1016/S0002-9270(03)00304-6

- Shashank, V.J. (2006). Teamwork: The therapeutic Alliance in Pediatric Pharmacotherapy, *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 15, 239-262.
- Shea, S., Turgay, A., Carroll, A. Schulz, M., Orlik, H., Smith, I., & Dunbar, F. (2004). Risperidone in the treatment of disruptive behavioral symptoms in children with autistic and other pervasive developmental disorders. *Pediatrics*, 114, e634-e641.
- Shirk, S.R. & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 452-464.
- Shrank, W. H., Cadarette, S. M., Cox, E., Fischer, M. A., Mehta, J., Brookhart, A. M., & al. (2009). Is there a relationship between patient beliefs or communication about generic drugs and medication utilization?, *Medical Care*, 47(3), 319-325.
- Singer, M.B. (2003). *Variables related to compliance with neuroleptic medication in Adolescent Psychiatric Patients after Discharge from a Psychiatric Hospitalization*, (Thèse de doctorat). Accessible par ProQuest Dissertations and Theses.
- Spellman, D.F., Griffith, A.K., Huefner, J.C., Wise III, N, McElderry, E, & Leslie, L.K. (2010). Psychotropic Medication Management in a Residential Group Care Program. *Child Welfare*, 89(2), 151-167.
- Stevenson, F. A., Britten, N., Barry, C. A., Bradley, C. P., & Barber, N. (2002). Perceptions of legitimacy: The influence on medicine taking and prescribing, *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 6(1), 85-104.

- Strauss, J. L., & Johnson, S. L. (2006). Role treatment alliance in the clinical management of bipolar disorder: Stronger alliances prospectively predict fewer manic symptoms, *Psychiatry Research*, 145(2-3), 215-223.
- Suchman AL, Matthews DA (1988). What makes the doctor–patient relationship therapeutic? Exploring the connexional dimension of medical care, *Annals of Internal Medicine*, 108, 125–30.
- Talib, H.J., & Alderman, E.M. (2013). Gynecologic and Reproductive Health Concerns of Adolescents Using Selected Psychotropic Medications. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 26, 7-15. doi:10.1016/j.jpag.2012.05.011
- Thomas, P., Alptekin, K., Gheorghe, M., Mauri, M., Olivares, J. M., & Riedel, M. (2009). Management of patients presenting with acute psychotic episodes of schizophrenia, *CNS Drugs*, 23(3), 193-212.
- Toupin, J., Pauzé, R., & Lanctôt, N. (2009). Caractéristiques des jeunes contrevenants qui reçoivent des services dans les Centres jeunesse du Québec. *Santé mentale au Québec*, 34(2), 123-145.
- Townsend, L., Floersch, J., & Findling, R.L. (2009). Adolescent attitudes toward psychiatric medication: The utility of the drug attitude inventory, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(12), 1523-1531.
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., & Van Royen, P. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review, *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26, 331-342.

- Weiden, P.J., & Rao, N. (2005). Teaching Medication Compliance to Psychiatric Residents: Placing an Orphan Topic Into a Training Curriculum, *Academic Psychiatry*, 29(2), 203-210.
- Weiss, K.A., Smith, T.E., Hull, J.W., Piper, A., & Huppert, J.D. (2002). Predictors of risk of nonadherence in outpatients with schizophrenia and other psychotic disorders, *Schizophrenia Bulletin*, 28(2), 341-349.
- Williams, G.C., Cox, E.M., Kouides, R., & Deci, E.L. (1999). Presenting the Facts About Smoking to Adolescents: Effects of an Autonomy-Supportive Style, *Archives of Pediatrics & Adolescence Medicine*, 153, 959-964.
- Williams, R.A., Hollis, H.M., & Benoit, K.B. (1998). Attitudes Toward Psychiatric Medications Among Incarcerated Female Adolescents, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(12), 1301-1307.
- Williams, G.C., McGregor, H.A., Sharp, D.S., Levesque, C., Kouides, R.W., Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2006). Testing a Self-Determination Theory Intervention for Motivating Tobacco Cessation: Supporting Autonomy and Competence in a Clinical Trial, *Health Psychology*, 25(1), 91-101. doi: 10.1037/0278-6133.25.1.91
- Williams, G.C., McGregor, H.A., Zeldman, A., Freedman, Z.R., & Deci, E.L. (2004). Testing a Self-Determination Theory Process Model for Promoting Glycemic Control Through Diabetes Self-Management, *Health Psychology*, 23(1), 58-66. doi: 10.1037/0278-6133.23.1.58
- Williams, G.C., Ryan, R.M., Rodin, G.C., Grolnick, W.S., & Deci, E.L. (1998). Autonomous regulation and long-term medication adherence in adult outpatients, *Health Psychology*, 17, 269-276.

- World Health Organization (WHO) (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. World Health Organization: Geneva, Switzerland.
- Zack, S.E., Castonguay, L.G., Boswell, J.F. (2007). Youth working alliance: A core clinical construct in need of empirical maturity, *Harvard Review of Psychiatry*, 15(6), 278-288.
- Zeber, J.E., Copeland, L.A., Good, C.B., Fine, M.J., Bauer, M.S., & Kilbourne, A.M. (2008). Therapeutic alliance perceptions and medication adherence in patients with bipolar disorder, *Journal of Affective Disorders*, 107(1-3), 53-62.
- Zito, J.M., Safer, D.J., dosReis, S., Gardner, J.F., Magder, L., Soeken, K., Boles, M., Lynch, F., & Riddle, M.A. (2003). Psychotropic practice patterns for youth: A 10-year perspective. *Archives of Pediatrics Adolescent Medicine*, 157(1), 17-25.
- Zolnierek, K.B.H., & Dimatteo, M.R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis, *Medical Care*, 47(8), 826-834.
- Zuddas, A., Zanni, R., & Usala, T. (2011). Second generation antipsychotics (SGAs) for non-psychotic disorders in children and adolescents: A review of the randomized controlled studies. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 600-620.
doi:10.1016/j.euroneuro.2011.04.001

Annexe 1

Formulaire de consentement pour les participants

OBSERVANCE DU TRAITEMENT PSYCHOPHARMACOLOGIQUE CHEZ LES JEUNES PLACÉS EN CENTRES JEUNESSE

CHERCHEUR PRINCIPAL

Denis Lafortune, professeur à l'École de criminologie de l'Université de Montréal.

CO-CHERCHEURS

Natacha Brunelle, professeure de psychoéducation à l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Johanne Collin, professeure à la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal.

Jean-Pierre Guay, professeur à l'École de criminologie de l'Université de Montréal.

COMMANDITAIRE (SOURCE DE FINANCEMENT)
Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Il est important de bien lire et comprendre le présent formulaire d'information et de consentement. Il se peut que ce document contienne des mots ou des expressions que vous ne compreniez pas ou que vous ayez des questions. Si c'est le cas, n'hésitez pas à nous en faire part.

Prenez tout le temps nécessaire pour lire les informations qui suivent et vous décider.

1. EN QUOI CONSISTE CETTE RECHERCHE?

Le but de cette étude est d'étudier le bon usage (ou « observance ») des médicaments psychotropes qui sont prescrits aux jeunes placés en centres jeunesse. Un médicament psychotrope est un médicament prescrit en réponse à de la détresse psychologique ou un problème de santé mentale (par exemple, le Ritalin, le Séroquel ou les antidépresseurs).

En étudiant vos opinions, perceptions et croyances envers les médicaments, nous voulons mieux comprendre pourquoi certains jeunes ne font pas toujours le meilleur usage de leurs médicaments. Suite à cette étude, il sera possible d'envisager de nouvelles façons d'aider les jeunes et de les conseiller dans leur usage des médicaments.

2. SI JE M'IMPLIQUE DANS CETTE RECHERCHE, QUE SERA-T-IL CONCRÈTEMENT ATTENDU DE MOI?

En premier lieu, vous devez consentir à ce que l'équipe de recherche obtienne des informations tirés de votre dossier médical. Ces informations concernent la nature et la quantité des médicaments qui sont prescrits, et un suivi de la quantité de médicaments consommés pendant trois semaines. Vous serez aussi questionnés sur vos croyances relatives aux bienfaits et aux risques des médicaments, votre consommation d'alcool et drogues, votre motivation au

changement, ainsi que votre perception de la relation avec le médecin prescripteur et l'éducateur de référence. En pratique, cela signifie remplir dix questionnaires présentés sur un ordinateur portable, sous la supervision d'un assistant de recherche au centre jeunesse. Le temps prévu pour remplir les questionnaires est de 60 à 90 minutes. Si pour une raison ou une autre, vous ne pouvez pas terminer d'un seul coup, il sera possible de compléter les questionnaires en deux séances.

Une entrevue d'une durée d'environ 50 minutes pourra aussi vous être proposée si vous vous montrez intéressé. Cet entretien sera conduit par un assistant de recherche qui posera des questions permettant de mieux comprendre vos perceptions et expériences face à la médication. Cette entrevue sera enregistrée. Enfin, si vous participez à l'étude, nous interrogerons aussi votre éducateur de référence et, si possible, votre parent ou tuteur. Nous les questionnerons pour connaître leurs perceptions des médicaments et de votre médecin prescripteur. Dans le cas de l'éducateur de référence, nous lui demanderons également d'évaluer votre comportement en centre jeunesse.

3. Y AURA-T-IL DES AVANTAGES POUR MOI À PARTICIPER À CETTE RECHERCHE?

Vous ne retirerez aucun avantage direct dans ce projet de recherche. Cependant, votre participation aidera à mieux comprendre l'usage des médicaments psychotropes dans les centres jeunesse. Ces connaissances permettront de développer de nouvelles pratiques permettant une meilleure prise des médicaments.

4. MA PARTICIPATION À CETTE RECHERCHE ENTRAÎNERA-T-ELLE POUR MOI DES RISQUES OU DES INCONVÉNIENTS?

Il y a peu de risques liés à la participation à cette étude. Toutefois, il se peut que les questions posées vous amènent à aborder certains problèmes vécus qui sont difficiles. En cas de malaise, il sera possible d'en parler avec le chercheur ou l'assistant de recherche en tout temps. Ceux-ci pourront vous diriger vers un intervenant ou une ressource appropriée.

L'inconvénient principal rattaché à votre participation à cette recherche est le temps nécessaire pour remplir les questionnaires (1h00 à 1h30) et passer l'entrevue optionnelle (50 minutes).

5. EST-CE QUE LES RENSEIGNEMENTS QUE JE DONNERAI SERONT CONFIDENTIELS?

Tous les renseignements recueillis seront traités de manière confidentielle. Ils ne seront utilisés que pour ce projet de recherche. Les membres de l'équipe de recherche doivent signer un formulaire d'engagement à la confidentialité, c'est-à-dire qu'ils s'engagent à ne divulguer vos réponses à personne, même à votre éducateur. Les informations que vous donnerez ne seront pas mentionnées dans votre dossier au centre jeunesse.

Les renseignements seront conservés de manière sécuritaire par le chercheur principal. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée, c'est à dire qu'il ne sera pas possible de savoir qui a dit quoi. Vos renseignements seront détruits 7 ans après

la fin du projet de recherche. Si vous participez à l'entrevue optionnelle, les bandes audio seront détruites après leur retranscription.

Cependant, si vous dévoilez une information ou une situation qui compromet votre sécurité ou qui représente un danger imminent (ex : usage dangereux de vos médicaments), les membres de l'équipe de recherche devront la signaler aux intervenants concernés.

Il est possible que nous devions permettre l'accès aux dossiers de recherche au comité d'éthique de la recherche du centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire et aux organismes subventionnaires de la recherche à des fins de vérification ou de gestion de la recherche. Tous adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

Vous pouvez, vous aussi, demander au chercheur de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, il est possible que vous n'ayez accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation à la recherche terminée.

6. EST-CE QUE JE POURRAI CONNAÎTRE LES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE?

Vous ne pourrez pas obtenir vos résultats individuels. Par contre, si vous souhaitez obtenir un résumé écrit des résultats généraux de la recherche, vous pouvez communiquer avec Denis Lafortune (tél : 514-343-6640; denis.lafortune@umontreal.ca) ou François Fenchel (tél. : 514-648-8461, poste 578; francois.fenchel@umontreal.ca). Nous pourrions vous informer de l'avancement des travaux et vous communiquer des résultats généraux lorsqu'ils seront disponibles.

7. EST-CE QUE JE RECEVRAI UNE COMPENSATION POUR MA PARTICIPATION À LA RECHERCHE?

Les participants à cette étude recevront 20\$ sous forme de bon d'achat ou de certificat-cadeau dans un magasin en compensation du temps requis pour répondre aux questionnaires. Si vous vous retirez ou si vous êtes retiré du projet avant qu'il ne soit complété, vous recevrez un montant proportionnel à votre participation.

8. EST-CE QUE JE SUIS OBLIGÉ DE PARTICIPER À LA RECHERCHE OU D'Y PARTICIPER JUSQU'À LA FIN?

Vous êtes libre de ne pas participer à la recherche, sans que vous ayez besoin de vous justifier, et sans que cela nuise aux relations avec les éducateurs et autres professionnels du centre jeunesse. Votre décision de participer ou de ne pas participer ne sera pas mentionnée dans votre dossier au centre jeunesse.

De plus, même si vous acceptez d'y participer, vous pourrez vous retirer de la recherche en tout temps sur simple avis verbal, sans explication et sans que cela ne vous cause un quelconque tort. Les renseignements que vous aurez déjà donnés seront alors détruits.

Le chercheur pourrait lui aussi décider d'interrompre votre participation ou d'arrêter la recherche s'il pense notamment que c'est dans votre intérêt ou celui de l'ensemble des participants.

9. SI J'AI BESOIN DE PLUS D'INFORMATION AVANT DE ME DÉCIDER OU TOUT AU LONG DE LA RECHERCHE, QUI POURRAI-JE CONTACTER?

Si vous avez des questions concernant cette recherche, vous pouvez contacter les membres suivants de

l'équipe de recherche :

Denis Lafortune, chercheur principal : 514-343-6640

François Fenchel, coordonateur de recherche : 514-648-8461, poste 578

Si vous souhaitez vous renseigner sur vos droits ou pour formuler toute plainte, vous pouvez contacter le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, selon la région du centre jeunesse concerné : Chaudière-Appalaches 418-837-1930 poste 409

Gaspésie/Les Îles 418-368-1803

Lanaudière 450-756-4555 poste 2107

Laval 450-975-4150 poste 3973

Mauricie-Centre-du-Québec 819-378-5481

Montréal 450-928-5125 poste 5613

Montréal / Batshaw 514-593-3600

CONSENTEMENT À LA RECHERCHE

Je comprends le contenu de ce formulaire de consentement et je consens à participer à cette recherche sans contrainte ni pression. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai pu poser toutes mes questions et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes. J'ai eu tout le temps nécessaire pour prendre ma décision.

Je comprends aussi qu'en signant ce formulaire, je ne renonce à aucun de mes droits et ne libère ni les chercheurs ni le Centre jeunesse et le commanditaire de la recherche de leur responsabilité civile ou professionnelle.

Je recevrai une copie signée et datée de ce formulaire de consentement.

Nom du jeune participant

Signature

Date

POUR LES PARTICIPANT MINEURS (MOINS DE 18 ANS) ACCORD DU REPRÉSENTANT LÉGAL (PARENT, TUTEUR, ETC.)

Je comprends le contenu de ce formulaire de consentement et je consens à ce que mon enfant participe à cette recherche. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai pu poser toutes mes questions et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes. J'ai eu tout le temps nécessaire pour prendre ma décision.

Je comprends aussi qu'en signant ce formulaire, je ne renonce à aucun de mes droits et ne libère ni les chercheurs ni le Centre jeunesse et le commanditaire de la recherche de leur responsabilité civile ou professionnelle.

Je recevrai une copie signée et datée de ce formulaire de consentement.

Nom du parent ou tuteur Signature Date

DÉCLARATION DU CHERCHEUR

Je certifie avoir expliqué au participant la nature de la recherche ainsi que le contenu de ce formulaire et lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au projet.

Je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

Nom et rôle dans la recherche Signature du chercheur
Date

L'original du formulaire sera conservé au _____ et une copie signée sera remise au participant
- Le projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le CER du CJM-IU le (date)
: 27-04-2010
- No de dossier : MP-CJM-09-015
- Date de la version du présent formulaire : 07-04-2010

Annexe 2

Questionnaire de l'observance de la médication psychotrope

Questionnaire sur ton usage des médicaments

Plusieurs personnes trouvent une façon personnelle de faire usage de leurs médicaments. Cette façon peut différer des recommandations inscrites sur l'étiquette ou données par ton médecin. Nous aimerions te poser quelques questions sur ton usage de médicaments. Voici quelques-unes des façons dont les gens font usage de leurs médicaments. Pour chacune des phrases, coche la case qui s'applique le mieux à toi. Si tu as de la difficulté à comprendre, tu peux demander à la personne responsable de la passation du questionnaire.

	Jamais	Rarement	Quelques fois	Souvent	Toujours
1. J'oublie de prendre mes médicaments psychotropes.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
2. J'arrête de prendre mes médicaments psychotropes pour un moment.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
3. Je décide de sauter des doses.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
4. J'en prends moins que ce qui est prescrit.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>

Annexe 3

**Questionnaire des Croyances relatives à la médication - ado
(version francophone du Belief about Medicine Questionnaire)**

Ton opinion sur les bienfaits et les risques des médicaments psychotropes

Nous aimerions connaître ton opinion sur les bienfaits et les risques des médicaments psychotropes. Voici des opinions que donnent parfois les gens. Pour chacune des phrases, indique si tu partages cette opinion en cochant la case qui s'applique le mieux. Si tu as de la difficulté à comprendre, tu peux demander à la personne responsable de la passation du questionnaire.

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Partagé	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
1. Mes médicaments psychotropes m'empêchent d'aller plus mal.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
2. Ma santé actuelle dépend de mes médicaments psychotropes.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
3. Ma santé future dépend de mes médicaments psychotropes	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
4. Sans médicament psychotrope, j'irais très mal.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
5. Ma vie serait impossible sans mes médicaments psychotropes.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
6. Je m'inquiète parfois des effets à long-terme de mes médicaments psychotropes.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
7. Mes médicaments psychotropes sont un mystère pour moi.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
8. Je m'inquiète parfois de devenir trop dépendant(e) de mes médicaments psychotropes.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
9. Avoir à prendre des médicaments psychotropes m'inquiète.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
10. Mes médicaments psychotropes dérangent ma vie.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
11. Les médecins utilisent trop de médicaments psychotropes.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>

12. Si les médecins passaient plus de temps avec leurs patients, ils leur prescriraient moins de médicaments psychotropes.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
13. Les médecins font trop confiance aux médicaments psychotropes.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
14. Les produits naturels sont plus sécuritaires que les médicaments psychotropes.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
15. La plupart des médicaments psychotropes rendent les gens dépendants.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
16. Les gens qui prennent des médicaments psychotropes devraient cesser de les prendre de temps à autre.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
17. Les médicaments psychotropes font plus de tort que de bien.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
18. Tous les médicaments psychotropes sont du poison.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>

Annexe 4

L'Échelle des attitudes professionnelles des médecins généralistes

Ton opinion sur les attitudes de ton médecin

Voici une série de phrases portant sur les attitudes de ton médecin. Pour chacune des phrases, coche la case qui correspond le mieux à ce que tu vis. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Si tu as de la difficulté à comprendre, tu peux demander à la personne responsable de la passation du questionnaire.

	Jamais	Rarement	Quelques fois	Souvent	Toujours
1. Mon médecin prend le temps de m'écouter	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
2. Mon médecin fait le nécessaire pour gagner ma confiance	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
3. Mon médecin m'explique à quoi sert le traitement	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
4. Mon médecin tient compte de mes préférences pour la prescription (horaires, effets secondaires, etc.)	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
5. Mon médecin me donne l'impression qu'il me respecte	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
6. Mon médecin m'informe sur les effets secondaires des médicaments	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
7. Mon médecin insiste sur les médicaments importants	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
8. Mon médecin parle avec moi des difficultés que j'ai à suivre le traitement	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
9. Mon médecin m'explique les choses avec des mots simples	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
10. Mon médecin me propose des nouveaux traitements	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
11. Mon médecin écrit lisiblement l'ordonnance	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
12. Mon médecin me laisse poser mes questions	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
13. Mon médecin me motive pour suivre mon traitement	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
14. Mon médecin me donne des conseils de prévention (alimentation, activité sportive, etc.)	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
15. Mon médecin me donne l'impression de connaître son métier	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>

