



Université de Montréal

Bibliothèque



2M 11.26 28.7

Université de Montréal

**Étude portant sur les familles dont un des enfants présente des troubles de
comportements perturbateurs et est traité en centre de jour en Pédopsychiatrie**

**par
Carl Giguère
Département de psychologie
Faculté des arts et des sciences**

**Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences (M.Sc.)
en psychologie**

Janvier, 1998

©Carl Giguère, 1998



7. 02. 20. 11. 1998

BF

22

U54

1998

V.029

Université de Montréal

Étude portant sur les familles dont un des enfants présente des troubles de comportement perturbateurs et est traité en centre de jour en psychiatrie

par
Carl Génovèse
Département de psychologie
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maîtrise en sciences (M.Sc.)
en psychologie

Janvier, 1998

Carl Génovèse, 1998



MME. Sheilagh Hodgins

**Université de Montréal
Faculté des études supérieures**

Ce mémoire intitulé:

**Étude portant sur les familles dont un des enfants présente des troubles de
comportements perturbateurs et est traité en centre de jour en Pédopsychiatrie**

**présenté par
Carl Giguère**

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

*Christopher Earls
Sheilagh Hodgins
Michel Plaes*

Mémoire accepté le: 98.09.02

Sommaire

Cette étude porte sur les caractéristiques des familles dont un des enfants présente des troubles de comportements perturbateurs et est traité en centre de jour en Pédopsychiatrie. Au total, 44 enfants (37 garçons et 7 filles) âgés entre 3 et 15 ans ont participé à cette recherche.

La présente étude vise à décrire un échantillon d'enfants provenant des centres de jour de l'île de Montréal. Les problèmes de santé mentale des parents et de la parenté biologique des participants ont été documentés. Cette recherche a aussi comme objectif de décrire les caractéristiques sociodémographiques de leurs parents. Ces caractéristiques des enfants des centres de jour et de leurs parents seront ensuite comparées aux caractéristiques des enfants provenant des centres de jeunesse et avec ceux issue de la population générale.

Les variables à l'étude concernant les enfants comprennent: les troubles de comportements perturbateurs et les actes associés à ce syndrome, toutes mesures reliés au développement de l'enfant (ex. QI, habiletés motrices fines). De plus, les troubles mentaux, les habiletés parentales et l'utilisation des services médicaux des parents et de la parenté biologique composent principalement les variables faisant l'objet d'une analyse.

Les dossiers médicaux des participants ont été consultés afin de décrire les problèmes de comportements des enfants traités en centre de jour. Les thérapeutes oeuvrant auprès des enfants ont rempli un questionnaire avec l'aide d'un informateur (la mère dans la majorité des cas) dans le but de recueillir les données portant sur les parents et la parenté élargie.

Les résultats démontrent que les enfants en centre de jour ont présenté de nombreux troubles extériorisés. De plus, ils ont souvent des délais aux niveaux du développement cognitif. Près de la moitié des enfants vit dans des familles monoparentales.

Les parents ont une forte proportion de troubles mentaux graves. Ces parents ont aussi des conflits conjugaux et présentent des déficits des habiletés parentales. Un taux important des parents a consulté des professionnels de la santé mentale et a reçu des prescriptions de médicaments suite à leurs problèmes de santé mentale.

Les membres de la parenté biologique des enfants traités en centre de jour ont présenté un taux élevé de troubles mentaux graves et d'abus d'alcool.

Les résultats des analyses statistiques (χ^2) ont démontré un lien entre la présence ou l'absence des troubles mentaux des pères et le degré d'autonomie atteint par les sujets masculins. Le même résultat a été obtenu quand le test du Khi-deux a été effectué auprès de tous les participants et en prenant compte des troubles mentaux des deux parents. L'autre lien relevé par ce test non-paramétrique fut entre la présence ou l'absence de troubles mentaux chez les pères et les problèmes affectifs des participants.

Les données sur les enfants des centres de jeunesse proviennent de l'étude de Pauzé et al. (1996). Les enfants placés à l'interne et ceux suivis en services externes des CRJDA ont présenté plus de troubles de comportements perturbateurs que les sujets en centre de jour. Les parents des sujets des centres de jeunesse ont plus de dépression et sont plus souvent bénéficiaires de l'aide sociale que ceux des enfants traités en centre de jour.

Les données sur les enfants de la population générale proviennent de l'étude de Santé Québec (Valla et al., 1994). Les comparaisons effectuées entre les deux échantillons ont permis de conclure que les enfants en centre de jour présentent plus de troubles mentaux extériorisés que les enfants issues de la population générale du Québec. Les parents des enfants traités en centre de jour ont moins de troubles d'anxiété comparativement aux parents de l'étude de Santé Québec (Valla et al., 1994).

En conclusion, les résultats semblent démontrer que les traitements des enfants en centre de jour doivent inclure une dimension incluant l'amélioration de l'environnement familial. De plus, nous suggérons une étude des différents types de services offerts actuellement aux enfants présentant des troubles de comportements. Enfin, nous proposons la poursuite des recherches dans ce domaine car trop de thématiques restent inexplicables (étiologie, liens entre les variables).

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1.1 TROUBLES MENTAUX ET SERVICES POUR LES ENFANTS.....	1
1.2 ENFANTS ET ADOLESCENTS AYANT BESOIN DE TRAITEMENT... 	1
1.3 TROUBLES DE COMPORTEMENTS PERTURBATEURS.....	3
1.3.1 Symptômes et caractéristiques associées aux troubles de comportements perturbateurs.....	4
1.3.2 Issue à l'âge adulte des troubles de comportements perturbateurs.....	5
1.3.3 Les parents des enfants présentant des troubles de comportements perturbateurs.....	6
1.4 LES ENFANTS DE PARENTS AYANT DES TROUBLES MENTAUX.....	9
2. LA PRÉSENTE ÉTUDE.....	10
2.1. Objectifs de la recherche.....	10
3. MÉTHODOLOGIE.....	11
3.1 SUJETS.....	11
3.1.1 Un échantillon d'enfants et d'adolescents traités en centre de jour en pédopsychiatrie.....	11
3.1.2 Un échantillon d'enfants et d'adolescents traités aux centres de jeunesse... 	13
3.1.3 Un échantillon d'enfants et adolescents provenant de la population générale.....	13
3.2 INSTRUMENTS.....	14

3.2.1 Les instruments employés pour relever les renseignements aux centres de jour.....	14
3.2.2 Les instruments employés pour relever les renseignements aux centres de jeunesse.....	15
3.2.3 Les instruments employés pour relever les renseignements dans l'étude de santé Québec.....	16
3.3 DÉROULEMENT.....	16
3.3.1 Collecte de données aux centres de jour.....	16
3.3.2 Collecte des données aux centres de jeunesse.....	17
3.3.3. Collecte de données de l'étude de Santé Québec.....	18
3.3.4 Le traitement de données.....	18
4. RÉSULTATS.....	19
4.1 LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS TRAITÉS AUX CENTRE DE JOUR.....	19
4.1.1 Troubles Mentaux.....	19
4.1.2 Stress.....	21
4.1.3 Fonctionnement psychosocial.....	22
4.1.4 Raisons de consultations en pédopsychiatrie.....	25
4.1.5 QI.....	26
4.1.6 Développement langagier.....	26

4.1.7 Capacité de lecture.....	26
4.1.8 Habiletés motrices grossières.....	26
4.1.9 Habiletés motrices fines.....	26
4.1.10 Habiletés perceptuelles-motrices.....	26
4.1.11 Autonomie.....	26
4.1.12 Évaluations neurologiques.....	27
4.1.13 Acuité auditive.....	27
4.1.14 Maladies physiques.....	27
4.1.15 Signalement à la DPJ.....	27
4.2 PROFIL DES ENFANTS.....	27
4.2.1 Des jeunes filles.....	27
4.2.2 Des garçons.....	28
4.2.3 Comparaison des filles et des garçons.....	29
4.2.4 Des adolescentes.....	30
4.2.5 Des adolescents.....	31
4.2.6 Comparaisons des adolescentes et adolescents.....	31
4.2.7 Comparaison des jeunes filles et adolescentes.....	32
4.2.8 Comparaisons des jeunes garçons et adolescents.....	33
4.3 LES PARENTS DES ENFANTS TRAITÉS AUX CENTRES DE JOUR.....	34
4.3.1 Caractéristiques sociodémographiques.....	34

4.3.2 Type de famille.....	35
4.3.3 Conflits conjugaux.....	35
4.3.4 Habiletés parentales.....	36
4.3.5 Criminalité des Pères.....	37
4.3.6 Désordres mentaux.....	37
4.3.7 Utilisation de services médicaux.....	41
4.3.8 Grossesses.....	43
4.4 PROFIL DES PARENTS.....	44
4.4.1 Parents (pères et mères ensembles).....	44
4.4.2 Parents des filles.....	44
4.4.3 Parents des garçons.....	45
4.4.4 Comparaisons des parents des jeunes filles et garçons.....	46
4.4.5 Parents des adolescentes.....	47
4.4.6 Parents des adolescents.....	48
4.4.7 Comparaisons des parents des adolescentes et adolescents.....	48
4.4.8 Comparaisons entre les parents des groupes des jeunes filles et des adolescentes.....	49
4.4.9 Comparaisons entre les parents des jeunes garçons et des adolescents.....	49
4.5 LA PARENTÉ BIOLOGIQUE.....	50
4.5.1 Présence de troubles mentaux.....	50

4.5.2 Utilisation des services médicaux par la parenté biologique.....	52
4.5.3 Profil De La Parenté Biologique.....	54
4.5.4 Parenté biologique des filles.....	54
4.5.5 Parenté Biologique des garçons.....	55
4.5.6 Comparaisons de la parenté élargie des groupes des jeunes filles et garçons...	56
4.5.7 Parenté biologique des adolescentes.....	56
4.5.8 Parenté élargie des adolescents.....	57
4.5.9 Comparaisons de la parenté élargie des adolescentes et adolescents.....	57
4.5.10 Comparaisons de la parenté biologique des jeunes filles et des adolescentes..	57
4.5.11 Comparaisons de la parenté élargie des garçons et des adolescents.....	58
4.6 LIENS ENTRE LES TROUBLES MENTAUX CHEZ LES PARENTS ET LES CARACTÉRISTIQUES DES ENFANTS TRAITÉS EN CENTRE DE JOUR....	58
4.6.1 Liens entre les troubles mentaux chez les mères et les caractéristiques des sujets masculins.....	59
4.6.2 Liens entre les troubles mentaux chez les pères et les caractéristiques des sujets masculins.....	60
4.6.3 Liens entre les troubles mentaux de la parenté biologique et les caractéristiques des sujets masculins.....	60
4.6.4 Liens entre les troubles mentaux chez les mères et les caractéristiques des sujets féminins.....	60
4.6.5 Liens entre les troubles mentaux chez les pères et les caractéristiques des sujets féminins.....	60
4.6.6 Liens entre les troubles mentaux de la parenté biologique et les caractéristiques des sujets féminins.....	61
4.6.7 Liens entre les troubles mentaux chez les mères et les caractéristiques des participants.....	62

4.6.8 Liens entre les troubles mentaux chez les pères et les caractéristiques des participants.....	63
4.6.9 Liens entre les troubles mentaux des parents et les caractéristiques des participants	63
4.6.10 Liens entre les troubles mentaux de la parenté biologique et les caractéristiques des participants.....	63
4.7 COMPARAISONS AVEC LES ENFANTS TRAITÉS AUX CENTRES DE JEUNESSE.....	63
4.7.1 Comparaisons entre les enfants des centres de jour et des enfants placés à l’interne des CRJDA.....	63
4.7.2 Comparaisons des enfants en centre de jour et des enfants suivis en services externes des CRJDA.....	66
4.7.3 Comparaisons des adolescents en centre de jour des hôpitaux et des adolescents placés à l’interne des centres de jeunesse.....	67
4.7.4 Comparaisons des adolescents traités en centre de jour en Pédopsychiatrie des hôpitaux et des adolescents suivis en services externes des centres de jeunesse.	68
4.8 COMPARAISONS ENTRE LES SUJETS EN CENTRES DE JOUR DES HÔPITAUX ET LES JEUNES DE L’ÉTUDE DE SANTÉ QUÉBEC.....	69
4.8.1 Comparaisons des filles en centre de jour des hôpitaux et des filles de 6 à 8 ans de l’étude de Santé Québec.....	69
4.8.2 Comparaisons des garçons en centre de jour des hôpitaux et les garçons âgés de 6 à 8 ans de l’étude de Santé Québec.....	71
4.8.3 Comparaison entre les adolescentes en centre de jour des hôpitaux et les adolescentes de 12 à 14 ans de l’étude de Santé Québec.....	73
4.8.4 Comparaison des adolescents en centre de jour des hôpitaux et des adolescents de l’étude de Santé Québec.....	75
DISCUSSION.....	77

RÉFÉRENCES.....	93
Appendice A.....	96
Tableau 1.....	96
Tableau 2.....	96
Tableau 3.....	97
Tableau 4.....	97
Appendice B.....	98
Appendice C.....	99
Appendice D.....	100

INTRODUCTION

TROUBLES MENTAUX ET SERVICES POUR LES ENFANTS

Au cours de leur développement, les enfants peuvent expérimenter des difficultés. Ces difficultés peuvent être de nature physique et/ou psychologique. Le tableau 1 de l'appendice A décrit les pourcentages des enfants ayant des troubles mentaux et qui ont consulté des professionnels de la santé mentale. On peut remarquer qu'à chaque catégorie d'âge, les garçons ont plus consulté ces professionnels que les filles. La plus grande différence se situe aux niveaux des enfants de 6 à 8 ans alors que 36,9 % des garçons ont consulté un professionnel de la santé mentale contre 15,0 % des filles.

Ces jeunes ont reçu de l'aide provenant de divers services. L'étude de Santé Québec (Valla et al., 1994) a répertorié plus d'une dizaine de services offerts aux enfants présentant des difficultés. Le tableau 2 (voir annexe A) décrit ces services qui vont de la consultation en bureau privé à un placement en centre d'accueil pour les cas plus graves. On peut constater que les enfants de 6 à 14 ans ont consulté les bureaux privés plus que tout autres services disponibles (de 1,9 % à 2,7 % selon les groupes d'âges). Néanmoins, 0,8 % des enfants de 6 à 8 ans de la population générale ont fait appel aux services externes de psychiatrie d'un hôpital et 0,2 % des enfants de 9 à 11 ans sont suivis par les services des centres de jeunesse.

ENFANTS ET ADOLESCENTS AYANT BESOIN DE TRAITEMENT

Le trouble des conduites semble un des désordres les plus fréquemment rencontrés par les différents professionnels de la santé mentale oeuvrant auprès de la population infantile (Toupin et al., 1995). Par exemple, les chercheurs

Anderson et al. (1987) prétendent que l'hyperactivité et le trouble oppositionnel, s'ajoutent également aux troubles de conduites comme raisons de consultations le plus fréquemment rencontrées chez les enfants ayant besoin de traitement.

Ces jeunes présentant des problèmes plus graves sont souvent amenés à utiliser les services des centres de jour des hôpitaux et des centres de jeunesse. Voici quelques évidences provenant des études menées spécifiquement sur ces populations. Une étude menée par McIntyre et Kessler (1986) a permis de démontrer que 48,7 % des sujets placés en centre d'accueil avaient au moins un désordre psychologique. L'hyperactivité et le trouble oppositionnel sont souvent présents chez ces enfants placés en centre de jeunesse (52,5 % et 45,0 % respectivement). De plus, Oysermann et al. (1992) rapportent que 39,0 % des participants de leur étude avaient des problèmes de comportement à la maison et à l'école et 28,0 % avaient des problèmes au niveau de la relation avec leurs parents.

Les enfants des centres de jour des hôpitaux commettent des actes antisociaux (Gabel & Shindlecker, 1991). Selon ces auteurs, 38,0 % des sujets de leur recherche ont posé des gestes agressifs ou de vandalisme. De plus, 23,0 % des sujets en centre de jour présentent le trouble de conduites et 11,0 % ont le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (Gabel et Shindlecker, 1991). Toujours selon ces auteurs, 49,0 % des sujets en centre de jour ont des idéations suicidaires.

Il faut souligner que très peu d'études décrivent les caractéristiques des enfants en centre de jour et de leurs familles. On ne semble pas également étudier la condition de la parenté élargie de ces familles. De plus, les recherches comme celle de Gabel et Shindlecker (1991) ont été effectuées aux États-Unis.

Une meilleure connaissance de cette population s'avère nécessaire car c'est une population à risque. En effet, le futur de ces enfants demeure incertain du fait de leurs situations problématiques au niveau de la santé mentale et au niveau académique et sociale. On peut donc conclure que l'état des connaissances sur les enfants en centre de jour au Québec est à un stage embryonnaire.

TROUBLES DE COMPORTEMENTS PERTURBATEURS

Les troubles de comportements perturbateurs (DBDs) se composent de trois grandes catégories: l'hyperactivité avec déficit de l'attention, le trouble de conduites, et le trouble oppositionnel avec provocation (DSM-IV, APA, 1994). Ces désordres font partie des troubles mentaux extériorisés.

Les prévalences présentées dans le tableau 3 de l'annexe A sont issues de l'Enquête Québécoise sur la Santé Mentale des Jeunes (Valla et al., 1994). De ce tableau, certains faits doivent être soulignés. En se basant sur l'évaluation des professeurs, l'hyperactivité apparaît comme le trouble de comportements perturbateurs le plus souvent rencontré chez les garçons de 6 à 11 ans, avec une prévalence de 12,7%. Qui plus est, Valla et al. (1994) rapportent près de trois garçons hyperactifs pour une fille, peu importe l'informateur consulté. Les prévalences des troubles de conduites et des troubles d'opposition diffèrent également entre les garçons et les filles (voir tableau 3, annexe A). Il semble important de noter que dans cette étude comme dans les autres portant sur les troubles mentaux chez les enfants, les prévalences obtenues diffèrent selon les informateurs consultés (parent, professeur, enfant).

Les prévalences rapportées dans le DSM-IV (APA, 1994) diffèrent de celles obtenues dans l'enquête de Santé. La prévalence de l'hyperactivité citée par le DSM-IV se situe entre 3,0 % et 5,0 % comparativement à 8,9 % pour

l'étude de Valla et al. (1994). La différence majeure entre ces deux publications se situe au niveau du trouble de conduites. Le DSM-IV (APA, 1994) indique une prévalence chez les enfants de moins de 18 ans, variant entre 6,0 % et 16,0 % pour les garçons et entre 2,0 % à 9,0 % pour les filles (voir tableau 4, annexe A). La prévalence de ce désordre semble donc quatre à cinq fois supérieure à celle citée dans l'étude de Santé Québec (Valla et al., 1994). L'analyse de l'échantillonnage privilégié dans l'étude de Santé Québec (Valla et al., 1994) explique la sous-estimation du désordre par rapport au DSM-IV (APA, 1994). L'enquête québécoise recueille ses données auprès d'un échantillon d'enfants provenant de la population générale alors que le manuel diagnostique se base sur une population clinique.

Symptômes et caractéristiques associés aux troubles de comportements perturbateurs

Chacun des désordres comporte des symptômes distinctifs. Les symptômes de l'hyperactivité les plus rencontrés sont l'inattention, l'impulsivité et un niveau d'activités motrices élevé (Frick, 1994). De plus, ces activités ne correspondent pas au niveau de développement atteint par les enfants (Frick, 1994). Le DSM-IV (APA, 1994) indique que la persistance de l'hyperactivité avec déficit de l'attention provoque des problèmes dans le cheminement scolaire et les relations interpersonnelles des enfants.

Les enfants présentant des troubles des conduites (CD), se comportent de façon antisociale et agissent en ne prenant aucune considération des droits d'autrui et des conventions sociales. Le désordre semble relativement stable dans le temps puisque 50,0 % de ces garçons possèdent encore le même diagnostic dans l'année suivante ou dans les deux ou trois années subséquentes (Lahey et al.,

1995). Ces auteurs rappellent par contre que dans la majorité des cas qui ne sont plus diagnostiqués, il se manifeste au moins un symptôme qui appartient au trouble de conduites. De plus, Lahey et al. (1995), affirment que la moitié d'entre eux sont à un symptôme près d'être identifiés à nouveau comme ayant le trouble de conduites (CD). Un fort pourcentage de comorbidité semble être observé entre les troubles de conduites et l'hyperactivité avec déficit de l'attention. Ce taux de comorbidité varie selon les auteurs entre 41,0 % et 75,0 % (Loney & Milich, 1982; Sandberg et al., 1980; Stewart et al., 1981).

Le trouble oppositionnel avec provocation (ODD) se caractérise par des comportements négatifs, hostiles, provocants n'enfreignant toutefois pas le droit d'autrui et les normes sociales, comme c'est le cas dans les troubles de conduites (CD) (Frick, 1994). De plus, des troubles d'apprentissage et de communication sont fréquemment associés au syndrome (DSM-IV APA, 1994). Donc, les enfants présentant des troubles de comportements perturbateurs peuvent avoir des déficits aux niveaux sociaux et académiques.

Issue à l'âge adulte des troubles de comportements perturbateurs

Chacune des catégories de troubles de comportements perturbateurs présente une issue négative à l'âge adulte. Les enfants hyperactifs quittent l'école prématurément et se retrouvent dans des emplois instables et peu rémunérateurs (Caspi, Elder & Herbener, 1990). De plus, ces auteurs rapportent que le caractère impulsif et irritable des hyperactifs semble persistant et serait responsable de plus de problèmes conjugaux que les personnes n'ayant pas ce syndrome (46,4 % contre 22,0 %).

Le DSM-IV (APA, 1994) indique qu'un pourcentage des enfants ayant les troubles de conduites, développe à l'âge adulte des troubles de personnalité

antisociale. Les enfants présentant des troubles de conduites semblent être plus à risque de se retrouver sans emploi, d'abuser des drogues, d'être violents et incarcéré à l'âge adulte, que les enfants n'ayant pas ce désordre (Offord & Bennet, 1994). De plus, l'étude de Gould, Schaffer et Davies (1990) indique que près de la moitié (48,0 %) des jeunes qui se sont suicidés, présentaient un passé de comportements antisociaux et agressifs.

Le trouble oppositionnel de l'enfance peut se transformer en trouble des conduites (DSM-IV, 1994). Ces deux syndromes mènent sensiblement à la même issue à l'âge adulte, soit une situation défavorable aux niveaux des relations sociales et de l'emploi.

Les parents des enfants présentant des troubles de comportements perturbateurs

Compte tenu des coûts sociaux et économiques qu'entraînent les comportements perturbateurs, la pertinence des recherches dans ce domaine n'est plus à démontrer. Certains chercheurs sont plus particulièrement intéressés à l'impact de la famille sur les sujets ayant des troubles de comportements perturbateurs (DBDs). En ce qui concerne l'hyperactivité avec déficit de l'attention, Schachar et Wachsmuth (1990) prétendent que 39,0 % des mères et 36,0 % des pères des enfants de leur étude, auraient été eux-mêmes hyperactifs au cours de leur enfance. Aucune autre différence significative au niveau de la psychopathologie parentale entre les enfants ayant le désordre et ceux des groupes contrôles ne semble être relevée (Schachar & Wachsmuth, 1990). Cependant, certains auteurs prétendent que la prévalence de la dépression est plus élevée chez les parents des enfants hyperactifs que ceux des enfants n'ayant pas ce désordre (Biederman et al., 1987).

Lahey, Piacentini et al. (1988) indiquent que 46,0 % des garçons présentant des troubles de conduites ont un père qui a été diagnostiqué du trouble de la personnalité antisociale. Ce trouble se caractérise par de la criminalité violente et des abus de substances psychoactives (Lahey, Piacentini et al., 1988). Ces comportements jumelés au désordre procurent une expérience néfaste aux enfants, car l'exposition aux drogues à un jeune âge est fortement associée à des problèmes ultérieurs de toxicomanie (Robins & McEvoy, 1990). On relève plus de cas de troubles de conduites et d'opposition chez les enfants de parents alcooliques que ceux n'abusant pas de l'alcool, confirmant l'influence des abus de substance des parents sur la conduite de leurs enfants (Reich et al., 1993). Par ailleurs, différentes recherches démontrent que la criminalité est plus fréquente parmi la parenté de criminels que chez la parenté des individus sans casier judiciaire (Osborn & West, 1979; Wilson, 1975). L'étude d'Huesmann et al. (1984) sur l'agressivité des familles d'enfants présentant des comportements antisociaux, indique que l'agressivité des pères s'est manifestée sensiblement au même âge que celle de leur enfant.

D'autres recherches ont démontré un lien entre la dépression chez les parents et le développement des troubles de conduites ou d'hyperactivité de leurs enfants (Brown & Pacini, 1989; Weisman, 1988). Cependant, ces études ont généré de la controverse. Par exemple, Fergusson et Lynkey (1992) prétendent que le lien entre la dépression et les troubles de comportements proviennent plutôt de l'effet de la dépression sur la famille (stress et conflits maritaux). D'autres chercheurs affirment que les enfants de parents ayant la dépression ne sont pas spécifiquement à risque de développer des troubles de comportements perturbateurs (Frick, 1993; Downey & Coyne, 1990).

Les recherches portent aussi sur les stratégies parentales et sur les caractéristiques des familles dont un des enfants présente des troubles extériorisés. Toupin et al. (1995) démontrent que ces familles des enfants ayant des troubles de conduites sont désorganisées. De plus, ces parents sont distants, offrent moins de soutien et utilisent davantage la punition lors d'interactions avec leurs enfants (Loeber & Stouthamer-Loeber, 1986; Toupin et al., 1995). Le style de stratégies parentales basé sur la coercition associé à l'insatisfaction maritale de la mère apparaissent comme des facteurs pouvant expliquer la stabilité des problèmes de comportements des enfants (Campbell, 1997). Cependant, certains chercheurs prétendent que l'apparition des troubles extériorisés (agression, comportement oppositionnel) est reliée aux conflits maritaux (Jenkins & Smith, 1991). Les conflits verbaux semblent avoir autant un effet que les conflits caractérisés par de la violence physique sur les comportements agressifs et oppositionnels des enfants (Jouriles et al., 1996). D'autres chercheurs rapportent que l'association entre les conflits conjugaux et la conduite des enfants est plus importante lorsque ces derniers en sont témoins (David et al., 1996).

Il est à noter que ces études portant sur les caractéristiques familiales des enfants ayant des troubles de comportements perturbateurs présentent des failles méthodologiques. Selon Frick (1994), le risque de faire des conclusions erronées est toutefois plus élevé lorsque les recherches ne portent que sur une seule variable. En effet, on constate que l'apparition des troubles de comportements perturbateurs est le résultat de l'interaction entre les variables personnelles de l'enfant et les variables familiales et sociales de l'enfant (école, pairs) (Short & Shapiro, 1993). On peut donc critiquer des recherches comme Jenkins et Smith (1991), qui se concentrent sur des conflits maritaux et semblent oublier le

caractère multidimensionnel de l'étiologie des troubles de comportements perturbateurs.

LES ENFANTS DE PARENTS AYANT DES TROUBLES MENTAUX

De nombreuses études ont démontré que les enfants de parents ayant des troubles mentaux graves sont eux-mêmes sujets à développer des désordres psychologiques. Rappelons que les troubles mentaux graves incluent la schizophrénie, la dépression et le trouble bipolaire. Les enfants de parents schizophrènes sont plus à risque de présenter des comportements antisociaux ainsi que des problèmes affectifs et sociaux que les enfants de parents n'ayant pas ce désordre (Fish, 1987; Weintraub & Neale, 1984; Nuechterlein 1983).

En se basant sur la recherche de Weisman et al. (1992), 50,0 % des enfants de parents dépressifs participant à cette recherche ont également la dépression à l'âge de 20 ans. Ces sujets présentent plus de trouble de conduites que les enfants n'ayant pas de parents ayant la dépression soit 40,0 % contre 20,0 % (Weisman et al., 1992). Cette évidence est supportée par l'étude de Herman et al. (1990) qui prétend que 32,0 % des enfants de parents ayant la dépression ont des troubles de conduites contre 8,0 % des sujets n'ayant pas de parents atteints de la dépression.

Par ailleurs, 47,9 % des enfants ayant des parents atteints du trouble bipolaire vont eux-mêmes avoir un trouble affectif majeur (dépression ou trouble bipolaire) (Pauls et al., 1992). Une méta-analyse des études portant sur les enfants de parents souffrant de trouble bipolaire permet de constater que ces enfants ont 2,7 fois plus de chance d'avoir un trouble mental que ceux ayant des parents sans troubles mentaux (Lapalme, Hodgins & Laroche, 1994).

LA PRÉSENTE ÉTUDE

Les caractéristiques familiales des clientèles spécifiques comme celles des centres de jour en pédopsychiatrie sont peu documentées. Il a paru judicieux de vérifier s'il y a une présence de troubles mentaux chez les parents de ces enfants. Ceci est important car de nombreuses études semblent démontrer que les enfants des parents ayant des troubles mentaux ont aussi des désordres psychologiques (voir chapitre précédent).

Une meilleure compréhension de cette population s'avère aussi nécessaire étant donné la gravité de leurs difficultés, tant au niveau mental que physique. Robbins & Price (1992) suggèrent que ces enfants peuvent également développer dans le futur d'autres troubles mentaux (schizophrénie, troubles de personnalités). Il est donc important de mieux connaître et comprendre l'étiologie des problèmes de comportements, afin de pouvoir élaborer des méthodes de traitements efficaces destinés à cette population.

De plus, une recherche qui veut décrire la situation des enfants traités en centre de jour des hôpitaux du Québec est pertinente, afin de savoir si cette population diffère des enfants ayant fait l'objet des recherches menées aux États-Unis. Rappelons qu'à l'heure actuelle, ce type de recherche est rare.

Objectifs de la recherche

La présente étude vise à décrire un échantillon d'enfants provenant des centres de jour de pédopsychiatrie de l'île de Montréal. Cette recherche vise également à décrire les caractéristiques sociodémographiques et psychologiques de leurs parents. Nous avons inclus dans notre analyse, les problèmes de santé mentale présentés par la parenté biologique des participants. De plus, ce projet a pour objectif d'établir des liens entre les problèmes présentés par les enfants et la

présence de troubles mentaux chez leurs parents et autres membres de la parenté élargie.

Le deuxième objectif consistera à comparer les enfants traités dans les centres de jour en pédopsychiatrie aux enfants traités dans les centres de jeunesse de la région de Montréal quant à leurs caractéristiques et les troubles mentaux présentés par leurs parents.

Le dernier objectif visera à comparer les enfants traités dans les centres de jour en pédopsychiatrie aux enfants du même sexe et âge provenant de la population générale du Québec.

MÉTHODOLOGIE

SUJETS

Un échantillon d'enfants et d'adolescents traités en centre de jour en

Pédopsychiatrie

Les 44 participants proviennent des centres de jour de deux hôpitaux de la ville de Montréal. Le tableau 5 décrit la composition de cet échantillon tant au niveau de l'âge que du sexe. L'âge moyen des enfants est de 4,63 années

Tableau 5

Composition de L'Échantillon

Participants	Masculin	Féminin	Total
Enfants ^a	28	2	30
Adolescents ^b	9	5	14
Total	37	7	44

Note. L'âge des sujets est déterminé lors de l'admission au centre de jour.

^a Enfants sont âgés de 3 à 8 ans. ^b Adolescents sont âgés entre 12 et 15 ans.

($\sigma = 1,20$) alors que pour les adolescents, la moyenne est de 13,62 ans ($\sigma = 0,88$).

On peut remarquer que 85,0 % des participants sont de sexe masculin et que deux garçons ont des parents adoptifs.

Le lieu de naissance des sujets est présenté au tableau 6. Un sujet seulement sur 21 dont on connaît le lieu de naissance, est né à l'extérieur du Canada.

Tableau 6

Lieu de Naissance des Sujets

Groupes	<u>n</u>	Mtl	Québec	Canada	À l'Étranger
Filles	2	1			
Garçons	28	12		2	1
Adolescentes	5	1	1	2	
Adolescents	9			1	

Note. Valeurs manquantes: 1 fille, 13 garçons, 5 adolescentes et 4 adolescents.

Le tableau 7 porte sur la fratrie des participants; on peut y constater une forte proportion d'enfants uniques chez les garçons soit 54,0 %. Les adolescents vivent dans des familles nombreuses, 77,7 % de ces sujets ayant au moins deux frères et/ou soeurs.

Tableau 7

Nombre de Frères et/ou Soeurs des Participants à l'Étude

Groupes	<u>n</u>	Enfant Unique	1 Frère	1 Soeur	2 et + (F/S)
Filles	2		1		1
Garçons	28	14	5	4	3
Adolescentes	5		2	1	2
Adolescents	9	1		1	7

Note. Valeurs manquantes: 2 garçons.

Le taux de participation a été de 42,7 % soit 30 enfants sur 70 et 14 adolescents sur 33. Parmi les raisons de refus autre que de ne pas vouloir participer à la recherche, on compte: deux refus pour raisons de confidentialité,

deux refus parce que les parents se sentaient stigmatisés par le type d'expérience alors qu'un parent a subitement retiré son enfant du centre de jour.

Un échantillon d'enfants et d'adolescents traités aux centres de jeunesse

La recherche de Pauzé et al. (1996), a été menée auprès des enfants placés à l'interne ainsi qu'avec les enfants suivis en services externes des centres de réadaptation pour jeunes en difficultés d'adaptation (CRJDA) de la région de Montréal. Deux critères de sélection des sujets s'appliquent dans cette recherche qui servira à effectuer des comparaisons avec les sujets en centre de jour des hôpitaux. Les participants ont été choisis en fonction de leur âge, soit avoir entre six et douze ans. Afin d'étudier l'impact des variables parentales sur la condition des sujets, les auteurs n'ont recruté que les sujets ayant vécu pendant deux années consécutives dans leurs familles avant leurs arrivées en CRJDA.

L'échantillon des enfants placés à l'interne se compose de 29 garçons et 11 filles alors que celui des enfants suivis en services externes est de 46 garçons et 19 filles. Le groupe des enfants placés à l'interne des centres de jeunesse est âgé en moyenne de 9,69 ans alors que les participants suivis en service externe sont âgés de 8,63 ans en moyenne. Les sujets placés à l'interne ont connu un placement antérieur dans 20,0% des cas et ceux suivis à l'externe dans 12,4 des cas. Par ailleurs, le groupe des adolescents placés à l'interne de CRJDA comporte 26 sujets alors que celui des adolescents suivis en service externe des centres de jeunesse en dénombre 42.

Un échantillon d'enfants et adolescents provenant de la population générale

Les informations sur les jeunes de la population québécoise sont tirées de la recherche de Valla et al. (1994). Pour être éligibles à participer à cette recherche, les jeunes devaient avoir entre 6 et 14 ans. De plus, ils devaient savoir parler le

français ou l'anglais afin de pouvoir passer une entrevue. Enfin, certains jeunes issus des réserves indiennes ou demeurant dans les régions éloignées ont été exclus pour des raisons budgétaires et pour éviter des biais culturels.

Les groupes utilisés dans ce projet, afin de compléter les comparaisons avec les enfants en centre de jour, sont les enfants de 6 à 8 ans et ceux de 12 à 14 ans. Le groupe de 6 à 8 ans est constitué de 760 jeunes et celui de 12 à 14 ans comprend 825 jeunes.

INSTRUMENTS

Les instruments employés pour relever les renseignements aux centres de jour

Trois instruments principaux sont utilisés dans cette recherche. Un de ces instruments se nomme la “Fiche d’Histoire de Consultation en Pédopsychiatrie” (voir Appendice B). Les dossiers des enfants en centre de jour seront consultés afin d’obtenir les informations sur la santé mentale de ces enfants, les caractéristiques sociodémographiques et les performances scolaires des enfants. La nature, le nombre, la date et les résultats des évaluations effectuées auprès de ces enfants composeront l’historique de consultation.

Le deuxième instrument est intitulé “la Fiche des Caractéristiques Parentales des Enfants Traités dans les Centres de jour en Pédopsychiatrie” (voir Appendice C). Les informations contenues dans cet instrument seront également fournies par l’étude du dossier des enfants. Cette fiche servira à connaître les caractéristiques socio-démographiques des parents.

Le dernier outil employé dans le cadre de ce projet sera “ la Grille de Recension des Troubles Mentaux Parmi la Famille Elargie des Enfants” (voir Appendice D). Cette grille a pour objectif de tracer l’historique des psychopathologies de la parenté de 1e et 2e degré des sujets à l’étude. Elle

servira à investiguer la présence des cinq grandes catégories de psychopathologies: les troubles schizophréniques, les désordres affectifs majeurs, les troubles de l'humeur, les abus d'alcool et des drogues et finalement les troubles de la personnalité.

Les instruments employés pour relever les renseignements aux centres de jeunesse

Instruments servant à recueillir les données sur les sujets

Pauzé et al. (1996), ont utilisé le “Diagnostic Interview Schedule for Children Revised” (DISC-II) afin d'évaluer la santé mentale des jeunes selon le rapport des parents. Le test “Dominique” de Vala, Bergeron et Bérubé (1990) a été administré aux enfants dans le but d'évaluer la présence de psychopathologies chez ces sujets. De plus, Pauzé et al. (1996) ont relevé la présence de troubles mentaux chez les sujets avec l'aide des rapports des enseignants avec l'aide du “Child Behavior Checklist” de Achenbach et Edelbrock (1983).

Pour mesurer le fonctionnement général des enfants, les chercheurs ont employé le “Children Global Assessment Scale” (CGAS) de Schaffer et al. (1983). Enfin, les auteurs ont créé un questionnaire afin de relever les problèmes des sujets lors de leurs admissions en centre de jeunesse. Ce questionnaire a été rempli par les intervenants qui ont rencontré initialement les jeunes lors de cette admission.

Instruments servant à recueillir les données portant sur les parents

Le “Service Utilization and Risk factor Interview” (CECA Project, 1990) a été administré par ces auteurs afin d'obtenir des informations sur la structure familiale des participants. La qualité de la relation parents-enfants ainsi que la vulnérabilité des parents (abus d'alcool ou de drogues) furent mesurées à l'aide

du “Questionnaire Auto-Administré au Parent-QAAP” de l’enquête de Santé Québec (voir Pauzé et al. (1996), p.42). Le “Diagnostic Interview Schedule Self Administered” (DISSA) (Kovess et Fournier, 1990), a été utilisé dans le but d’obtenir des renseignements sur la santé mentale des parents participant à cette recherche.

Les instruments employés pour relever les renseignements dans l’étude de Santé Québec

Instruments servant à recueillir les données portant sur les enfants

Le “Diagnostic Interview Schedule for Children. Second Version (DISC-2.25) de Schaffer et al. (1991), a été administré aux parents et professeurs des jeunes participant à la recherche dans le but de déterminer la présence de troubles mentaux. Pour mesurer cette variable auprès des enfants, les auteurs ont utilisé le “Dominique” (Valla et al., 1994a).

Instruments servant à recueillir les données portant sur les parents

Les auteurs Valla et al. (1994) ont utilisé le “Diagnostic Interview Schedule Self Administered” (DISSA) (Kovess & Fournier, 1990) afin d’identifier les troubles mentaux chez les parents. Pour la mesure de la structure familiale, ces auteurs ont utilisé le SURF (CECA Project, 1990).

DÉROULEMENT

Collecte de données aux centres de jour

En premier lieu, ce projet a été soumis aux considérations éthiques des établissements participant à la recherche. La prochaine étape sera conduite par les thérapeutes oeuvrant auprès des enfants ayant le trouble de comportements perturbateurs. Lors de leur rencontre hebdomadaire avec les parents, ils expliqueront les termes de la recherche. Les thérapeutes demanderont ensuite

leur consentement afin de pouvoir consulter les dossiers de leurs enfants et pour qu'ils puissent participer à la recherche. Si les parents acceptent de participer à la recherche, les thérapeutes compléteront, avec leur aide, La Grille de Recension des Troubles Mentaux Parmi La Famille Elargie des Enfants en Centres de jour en Pédopsychiatrie. Les dossiers des centres hospitaliers seront donc consultés dans le but de recueillir les données pour La Fiche d'Histoire de Consultation en Pédopsychiatrie et La Fiche des Psychopathologies parentales des enfants étant traités en centre de jour en pédopsychiatrie.

Cette cueillette des données a été effectuée en deux moments distincts: l'une du mois de septembre à décembre 1996, et l'autre du mois de janvier à avril 1997.

Évidemment la confidentialité des sujets a été en tout temps respectée. Dans le même ordre d'idée, les informations obtenues par les grilles de cotation et les dossiers serviront exclusivement à cette étude.

Collecte des données aux centres de jeunesse

Les auteurs ont reçu l'aide du personnel oeuvrant auprès des enfants pour demander le consentement des parents à participer à la recherche. Par la suite, les parents et les enfants participant à la recherche de Pauzé et al. (1996) devaient remplir des questionnaires soumis par les chercheurs à leur domicile. Les parents ont donc répondu à ces questionnaires lors de deux entrevues durant deux heures chacune. Les enfants ont été interviewés par d'autres collaborateurs que ceux ayant effectué les entrevues avec les parents, dans le but de préserver la confidentialité des informations recueillies. Les enseignants et les éducateurs ont également rempli des questionnaires qui leur étaient adressés par la poste (voir Pauzé et al., p. 52).

Collecte de données de l'étude de Santé Québec

Après avoir obtenu le consentement des parents des familles éligibles à la recherche, un rendez-vous à leur domicile a été convenu par téléphone. Lors de ces entrevues, deux intervieweurs se sont rendus au domicile des parents afin de collecter les données. Les parents ont été interviewés par un collaborateur et ont dû remplir un questionnaire seul. Les enfants devaient répondre à un questionnaire fourni par l'autre intervieweur présent à l'entrevue. Enfin les données recueillies auprès des professeurs des jeunes participants à l'expérience, ont été obtenues lors d'une entrevue par téléphone.

La collecte de données de l'étude de Santé Québec (Valla et al. (1994) a été effectuée entre les mois de février et juillet 1992.

Le traitement de données

Les données recueillies dans cette recherche ont été traitées à l'aide du logiciel SPSS. Tout d'abord, le calcul du nombre de cas ainsi que le pourcentage de chacune des catégories de troubles de comportements perturbateurs dans les centres de jour en Pédopsychiatrie, ont été effectués.

Le test du Khi-deux a été ensuite employé enfin de trouver une association entre les caractéristiques des enfants et la présence de troubles mentaux chez les parents. Les variables "présence de troubles mentaux chez la mère" et "présence de troubles mentaux chez le père" ont été créées afin de pouvoir effectuer ce test statistique. Chacune de ces variables est constituée des désordres psychologiques et des abus de substance relevés dans la "Grille de Rencension des Troubles Mentaux Parmi la Famille Élargie des Enfants".

Ces variables seront mises en relation avec les caractéristiques des enfants suivantes: les trois diagnostics des troubles de comportements perturbateurs (odd,

adhd, tc). De plus, les comportements inadéquats: actes agressifs contre la personne, opposition à l'autorité parentale, inattention et hyperactivité seront mis en relation avec les troubles mentaux des parents. Enfin les problèmes affectifs (anxiété et sentiments négatifs) en plus des mesures cognitives suivantes: habiletés motrices grossières et fines, les habiletés perceptuelles motrices ainsi que le degré d'autonomie atteint, feront partie de cette analyse.

La même procédure a été utilisée pour tenter de mettre en évidence une association entre la présence de troubles mentaux dans la famille et les caractéristiques des enfants.

RÉSULTATS

LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS TRAITÉS AUX CENTRE DE JOUR

Troubles Mentaux

Les diagnostics principaux des sujets sont indiqués dans le tableau 8. On peut observer que trois quarts des adolescents présentent un trouble de comportements perturbateurs contrairement à 40,0 % des garçons plus jeunes. Trois adolescentes sur cinq avaient un trouble des conduites.

Tableau 8

Diagnostics Principaux du DSM-IV des Participants

Groupes	Trouble oppositionnel	Hyperactivité	Trouble des conduites	Autres
Filles				2
Garçons	6	5		17
Adolescentes			3	2
Adolescents	2	1	3	2

Note. Un adolescent avait un diagnostic inconnu.

On remarque que huit garçons sur 17 ont un diagnostic principal relié à un trouble dans la relation entre l'enfant et les parents(voir tableau 9). Plus de la moitié des sujets (59,0 %) n'a qu'un diagnostic principal soit 26 des 44 participants.

Tableau 9

Diagnosics Principaux Autres qu'un Trouble de Comportements

<u>Perturbateurs</u>	Garçons	Filles	Adolescents	Adolescentes
Troubles Mentaux				
Troubles des Apprentissages			1	
Trouble Dhystimique	1			
Trouble Envahissant du Développement	1			
Trouble de L'acquisition de la Coordination	2			
Trouble du Langage de Type Réceptif-Expressif	2			
Trouble de L'Anxiété de Séparation	2			
Trouble Réactionnel de l'Attachement de la 2e Enfance	2			
Problème de la Relation Parents-Enfants	3	2		
Trouble Obsessifs-Compulsifs			1	
Trouble de L'Adaptation				1
Trouble Anxieux				1
Trouble du Développement de la Coordination	1			
Trouble de la communication	1			
Problème Relationnel parents-Enfants lié à l'anxiété chez la Mère	1			
Syndrome D'asperger	1			

Note. Les diagnostics proviennent du DSM-IV (APA, 1994).

Les adolescents et les garçons présentent une forte proportion de diagnostics secondaires, avec des pourcentages de 66,0 % et de 57,0 % respectivement (voir tableau 10).

Tableau 10

Diagnostics Secondaires des Participants

Groupes	Trouble oppositionnel	Hyperactivité	Trouble des conduites	Autres
Filles				2
Garçons	3	1		12
Adolescentes		1		1
Adolescents	3			3

Note. 26 participants n'ont qu'un diagnostic principal. Un adolescent n' a pas été diagnostiqué.

Seulement deux garçons et deux adolescents possédaient des diagnostics tertiaires (voir tableau 11). Parmi ces sujets, trois sur quatre avaient un trouble de comportements perturbateurs: un garçon est oppositionnel, un garçon et un adolescent avaient le déficit de l'attention avec hyperactivité.

Tableau 11

Diagnostics Tertiaires des Participants Masculins

Groupe	Trouble Oppositionnel	Hyperactivité	Trouble de conduites	Autres
Enfants	1	1		
Adolescents		1		1

Note. Un adolescent n'a pas été diagnostiqué. Aucune des participantes féminines n'avait de diagnostic complémentaire.

Stress

Les données de l'axe IV du DSM-IV (APA, 1994) rapportées au tableau 12, démontrent que 15 sujets sur 29 ont subi un stress psychosocial important. Les stress psychosociaux les plus fréquemment vécus par les sujets sont les conflits conjugaux, les problèmes parents-enfants et les problèmes d'apprentissages.

Tableau 12

<u>Sujets Ayant Subi un Stress Psychosocial</u>				
Groupes	n	Minime	Modéré	Important
Filles	2			1
Garçons	28	3	6	10
Adolescentes	5	2		1
Adolescents	9	3	1	3

Note. Selon l'axe IV du DSM-IV (APA, 1994). Valeurs manquantes: 1 fille, 8

garçons, 2 adolescentes et 1 adolescent.

Fonctionnement psychosocial

Les moyennes des cotes de fonctionnement global de l'axe V du DSM-IV (APA, 1994) sont présentées au tableau 13. On peut remarquer que 54,0 % des sujets évalués ont obtenu un résultat entre 50-74 indiquant une difficulté dans le fonctionnement global allant de sérieux à modéré.

Tableau 13

<u>Évaluation Globale du Fonctionnement des Sujets</u>					
Groupes	n	0-24	25-49	50-74	75-100
Filles	2		1		
Garçons	28		4	7	4
Adolescentes	5			2	
Adolescents	9	1	1	3	

Note. Selon l'axe V du DSM-IV (APA, 1994). Valeurs manquantes: 1 fille,

13 garçons, 3 adolescentes et 4 adolescents.

Les participants ont posé un taux élevé d'actes d'agression contre la personne: 73,0 % des sujets ont commis ce type d'agression dont 21 garçons sur 28, toutes les adolescentes et cinq adolescents sur neuf. Les garçons ont perpétré plus d'actes de vandalisme que les autres sujets, soit huit garçons comparativement à deux filles, un adolescent et deux adolescents (voir tableau 14).

Tableau 14

Participants Avant Commis des Actes d'Aggression

Groupes	<u>n</u>	Contre les personnes	Contre Propriété	Contre la Animaux	Contre Soi-même
Filles	2	1	2		
Garçons	28	21	8	1	4
Adolescentes	5	5	1		
Adolescents	9	5	2		1

Note. Les enfants sont âgés de 3 à 8 ans et les adolescents sont âgés entre 12

et 15 ans.

Le tableau 15 indique que le pourcentage de sujets présentant un déficit de l'attention et de l'hyperactivité est de 68,0 % et 41,0 % respectivement. Cette tendance est représentée chez les garçons où 20 sujets sur 28 ont un déficit de l'attention contre 14 sur 28 pour l'hyperactivité.

Tableau 15

Nombre de Sujets Présentant de L'inattention ou Hyperactivité

Groupes	<u>n</u>	Inattention	Hyperactivité
Filles	2	1	
Garçons	28	20	14
Adolescentes	5	4	3
Adolescents	9	5	1

Note. Les enfants sont âgés de 3 à 8 ans et les adolescents sont âgés entre 12

et 15 ans.

Les comportements oppositionnels commis par les sujets sont présentés au tableau 16. Parmi les actes oppositionnels posés par les participants, la désobéissance a été commise deux fois plus que des comportements de frustration (37 sujets comparativement à 15). On dénote que 59,0 % des sujets n'écoutent pas les instructions de leurs parents et que 66,0 % ont des "sautes d'humeur".

Tableau 16

Actes Oppositionnels Posés Par les Participants de L'étude

		Désobéissance	Écoute pas	Frustration	Sautes D'humeur
Groupes	<u>n</u>				
Filles	2	2	1		1
Garçons	28	27	18	8	17
Adolescentes	5	4	3	3	5
Adolescents	9	4	4	4	6

Note. Les enfants sont âgés de 3 à 8 ans et les adolescents sont âgés entre 12

et 15 ans.

Tableau 17

Problèmes Affectifs des Participants

Groupes	<u>n</u>	Émotions Négatives	Anxiété/ Tendu	Isolement/ Repli sur Soi
Filles	2		1	
Garçons	28	4	9	10
Adolescentes	5	5	1	2
Adolescents	9	6	3	7

Note. Émotion négative=tristesse, sentiment dépressif et le sujet est

malheureux.

Comme on peut l'observer au tableau 17 décrivant les problèmes affectifs des participants, la totalité des adolescentes et 66,6 % des adolescents démontrent des "émotions négatives". De plus, 35,7 % des garçons et sept adolescents sur neuf ont des problèmes d'isolement.

Les participants n'ont pas posé de nombreux comportements dysfonctionnels: un adolescent sur neuf a commis un vol, deux adolescentes sur cinq abusent de l'alcool et trois sur 44 présentent des idéations suicidaires (voir tableau 18). Toutefois, on peut constater que quatre adolescents sur neuf ont de la difficulté avec la réalité.

Tableau 18

Comportements Dysfonctionnels des Sujets					
Groupes	<u>n</u>	Difficulté avec la Réalité	Idéations Suicidaires	Vol	Abus de substance
Filles	2				
Garçons	28	2	1		
Adolescentes	5		1	1	1
Adolescents	9	4	1		1

Raisons de consultations en pédopsychiatrie

Le tableau 19 décrit les raisons des consultations des participants. On peut dénoter que les sujets ont consulté dans 86,0 % des cas pour des comportements inadéquats et dans un pourcentage de 84,0 % pour les troubles émotionnels. Il est à noter que 98,0 % des sujets ont consulté pour trois raisons et plus, ces résultats étant rapportés au tableau 20.

Tableau 19

Raisons de Consultations en Centre de Jour

Groupes	<u>n</u>	R1 ^a	R2 ^b	R3 ^c	R4 ^d	R5 ^e	R6 ^f
Filles	2	2	2	1		1	
Garçons	28	19	25	23	13	18	3
Adolescentes	5	5	4	4	4	3	3
Adolescents	9	3	7	9	7	6	8

^aOpposition à l'autorité parentale. ^bComportement inadéquat. ^cTrouble

émotionnel. ^dDifficulté à socialiser. ^ePerturbe le groupe. ^f Ne rencontre pas les exigences académiques.

Tableau 20

Nombre de Consultations par Enfants

Groupes	2 Raisons	3 Raisons	4 Raisons	5 Raisons	6 Raisons
Filles	1		1		
Garçons	2	11	11	4	
Adolescentes		1	1	2	1
Adolescents		3	1	3	2

QI

On peut remarquer que cinq sujets sur 26 (quatre garçons et un adolescent) évalués pour le QI ont obtenu un résultat inférieur à la moyenne.

Développement langagier

En ce qui a trait aux développement langagier, 65,0 % des sujets évalués ont un léger délai et 4 autres sujets sur 20 présentent un délai important au niveau de cette variable.

Capacité de lecture

Sur les huit sujets ayant passé un test visant à mesurer la capacité de lecture, cinq participants (trois garçons et deux adolescents) démontrent un léger délai.

Habilités motrices grossières

On observe que 26,0 % des participants évalués pour les habiletés motrices grossières ont obtenu des résultats dans les limites normales contrairement à 44,0 % des sujets ayant un léger délai et 30,0 % présentant un délai important.

Habilités motrices fines

On constate qu'au niveau des habiletés motrices fines, 56,0 % des sujets présentent un léger délai alors que 22,0 % ont délai important.

Habilités perceptuelles-motrices

On remarque que 54,0 % des sujets ont un léger délai des habiletés perceptuelles motrices. De plus, onze sujets sur 28 obtiennent des résultats dans les limites normales dont 10 garçons.

Autonomie

Parmi les participants évalués sur le degré d'autonomie, 61,0 % ont un retard au niveau de cette variable.

Évaluations neurologiques

On observe que quatre garçons sur 13 ayant subi une évaluation neurologique présentent des anomalies tout comme une adolescente et un adolescent.

Acuité auditive

En se basant sur les résultats des évaluations de l'acuité auditive, on constate que 86,0 % des participants ont obtenu une mesure à l'intérieur des limites normales.

Maladies physiques

La présence de maladies physiques est fréquente chez les sujets, dont 68,0% des garçons et 56,0 % des adolescents. Les allergies alimentaires, l'asthme et diverses malformations se retrouvent cités comme maladies affectant les participants.

Signalement à la DPJ

On dénombre quatre abus physiques (trois garçons et une adolescente) et un abus sexuel des parents ayant été rapportés à la DPJ. Un cas de vandalisme commis par un adolescent et deux agressions par des adolescentes ont été également signalés à la DPJ.

PROFIL DES ENFANTS

Des jeunes filles

Le groupe des filles ne présente que deux sujets. Ces deux participantes ont obtenu comme diagnostic principal, le problème de la relation parents-enfant. Comme on peut le constater, une des filles a été abusée sexuellement par son père, cet acte étant rapporté à la DPJ. Les deux filles ont commis des actes de vandalisme et de "désobéissances". Une des participantes présente un problème

d'inattention et est anxieuse alors que l'autre a des "sautes d'humeur" en plus de ne "pas écouter les instructions" de ses parents. Les deux sujets féminins ont consulté suite à des actes oppositionnels et des comportements inadéquats. De plus, une des deux participantes a comme raisons de consultations supplémentaires un "trouble émotionnel" et "perturbe le groupe". On remarque qu'une fille présente des délais importants des habiletés motrices grossières et des habiletés perceptuelles motrices pendant que l'autre montre un léger délai au niveau de l'autonomie. Ces deux sujets féminins n'ont pas de maladies physiques.

Des garçons

Le groupe des garçons est composé de 28 sujets. Ces sujets présentent 11 cas de troubles comportements perturbateurs (six Odd et cinq Adhd) contre 17 cas n'appartenant pas à ce syndrome. De ces 17 diagnostics principaux, huit relèvent des problèmes parents-enfants. La moitié des garçons a des diagnostics secondaires soit 16 participants sur 28. De ce nombre, on compte 5 sujets sur 28 ayant le trouble de la relation parents-enfants et deux autres garçons ont un trouble du développement de la coordination.

De plus, 95,0 % des garçons ont vécu un stress psychosocial sous la forme de conflits parents-enfants ou de conflits maritaux. Un total de 21 sujets sur 28 a commis des actes d'agression contre la personne comparativement à 29,0 % de ces participants qui ont posé des actes de vandalisme. On peut remarquer que quatre garçons ont posé des gestes d'automutilation. Les sujets de ce groupe démontrent plus de comportements oppositionnels ou d'inattention que de problèmes émotionnels. Les garçons présentent dans 96,0 % des cas de la "désobéissance" et 71,0 % ont des problèmes d'inattention contrairement à 32,0 % qui démontrent de l'anxiété.

Ces participants ont consulté pour quatre raisons ou plus dans 54,0 % des cas. Les raisons de consultations les plus fréquemment invoquées pour les garçons, sont les comportements inadéquats et les troubles émotionnels avec des pourcentages de 89,0 % et 82,0 % respectivement.

La moitié de ces participants obtient des résultats dans la moyenne pour le QI alors que 10 sujets sur 28 présentent un léger délai dans le développement du langage. Les garçons démontrent un taux élevé de délais aux niveaux des habiletés motrices grossières et fines (70,0 % et 80,0 % respectivement). Ce groupe présente également des difficultés au niveau des habiletés perceptuelles motrices et concernant le degré d'autonomie: dans une proportion de 46,0 % et 50,0 %, respectivement. On a décelé des anomalies neurologiques chez quatre garçons comparativement à deux cas démontrant des déficits au niveau de l'acuité auditive. Une forte proportion des garçons, 19 sur 28, ont des maladies physiques. Parmi ces maladies, on rapporte le plus souvent des malformations, des otites ou des blessures à la tête.

Comparaison des filles et des garçons

On constate que les garçons présentent 11 cas de troubles de comportements perturbateurs sur 28, contre aucun pour les filles. Cependant, les deux groupes ont un taux élevé de diagnostics secondaires (2/2 et 54,0 % respectivement). Seulement deux garçons ont reçu un diagnostic tertiaire comparativement à aucune fille. Les deux groupes présentent un taux semblable d'actes d'agression contre la personne, soit les deux filles et 75,0 % des garçons. Il y a un contraste entre les deux groupes d'enfants au niveau de l'inattention, 14 garçons sur 28 ont ce problème contre aucune fille.

Les garçons ont consulté pour plus de raisons que les filles: 15 sujets masculins sur 28 ayant consulté pour quatre raisons ou plus, contre une seule participante. De plus, 13 garçons sur 28 ont consulté en raison de difficultés à socialiser, contrairement à aucune fille.

Les deux groupes sont largement opposés concernant les évaluations physiologiques et psychologiques. Seul le groupe des garçons présente des sujets ayant un retard aux niveaux des habiletés motrices fines et perceptuelles motrices (71,0 % et 50,0 % respectivement). De plus, 14 sujets masculins ont des délais au niveau du degré d'autonomie, contrairement à une participante. Enfin, seuls les garçons ont des maladies physiques, soit 19 sujets sur 28.

Des adolescentes

Parmi le groupe des adolescentes, trois sujets sur cinq présentent des troubles de conduites comme diagnostic principal et deux d'entre elles ont obtenu un diagnostic secondaire. On peut observer que deux participantes sur cinq ont un fonctionnement global jugé grave. Toutes les adolescentes ont commis des actes d'agression contre la personne. Une forte proportion de ces participantes ont des problèmes d'inattention et d'hyperactivité (quatre sujets sur cinq et trois sujets sur cinq respectivement). Les adolescentes démontrent de nombreux actes oppositionnels: elles ont toutes des sautes d'humeurs, quatre sur cinq sont désobéissantes et trois autres n'écoutent pas leurs parents et ont une faible tolérance à la frustration. On remarque que les cinq adolescentes expriment des "émotions négatives".

Les adolescentes ont consulté pour de nombreux motifs, quatre sujets sur cinq ayant consulté pour quatre raisons ou plus. La totalité des membres de ce groupe a consulté pour des problèmes d'opposition et une forte proportion pour des

comportements inadéquats, des troubles émotionnels ainsi que des difficultés à socialiser (80,0 %). L'abus physique d'une adolescente par son père, ainsi que des actes d'agressions commis par deux sujets ont été rapportés à la DPJ.

Des adolescents

On remarque que six sujets sur neuf ont un trouble de comportements perturbateurs comme diagnostic principal. De plus, deux-tiers des participants de ce groupe ont des diagnostics secondaires et deux adolescents ont obtenu un diagnostic tertiaire.

On observe que 77,0 % des adolescents ont vécu un stress psychosocial sous la forme d'actes criminels des sujets, des rapports difficiles avec les parents et des conflits maritaux. Plus de la moitié des adolescents ont commis des actes d'agression contre la personne. Les adolescents présentent aussi plusieurs symptômes associés aux troubles de comportements perturbateurs: six sujets sur neuf ont des sautes d'humeur comparativement à 55,0 % des sujets ayant des problèmes d'inattention. Les adolescents démontrent des problèmes affectifs dans une forte proportion, 66,6 % ayant des "émotions négatives" et 78,0 % ayant tendance à s'isoler.

Plus de la moitié des participants avaient une maladie physique dont l'asthme et des allergies alimentaires. Un acte de vandalisme d'un adolescent a été signalé à la DPJ.

Comparaisons des adolescentes et adolescents

Les adolescents ont plus de diagnostics secondaires que les adolescentes, soit les deux tiers des sujets masculins contre 40,0 % des participantes. On rapporte de sérieuses difficultés dans le fonctionnement global uniquement chez les sujets masculins. Les groupes des adolescentes et adolescents ont des taux similaires

d'actes d'agression contre la personne, de comportements oppositionnels (sautes d'humeur) et d'émotions négatives soit 100,0 % et 66,6 % respectivement.

Cependant, 78,0 % des adolescents contre 40,0 % des participantes ont tendance à s'isoler. De plus, seulement quatre adolescents sur neuf ont démontré des difficultés avec la réalité.

Toutes les adolescentes comparativement à trois sujets masculins sur neuf ont consulté pour des problèmes d'opposition. Par contre, plus d'adolescents que de participantes consultent suite à des difficultés académiques (huit sujets sur neuf contre trois sur cinq). Les deux groupes ont un taux similaire de sujets ayant consulté pour cinq raisons ou plus, soit 60,0 % et 56,0 % respectivement. On peut observer que cinq adolescents sur neuf contre une adolescente sur cinq ont des maladies physiques.

Comparaison des jeunes filles et adolescentes

On remarque que trois adolescentes sur cinq présentent des troubles de conduites comparativement à aucune des filles. Les filles ont toutes des diagnostics secondaires contrairement à seulement deux adolescentes sur cinq. Les adolescentes ont plus de déficits de l'attention que les filles: quatre sujets sur cinq contre une seule enfant. Les comportements hyperactifs ont été uniquement relevés dans le groupe des adolescentes (trois sujets sur cinq). Les deux groupes posent des actes de désobéissance mais diffèrent au niveau de la tolérance à la frustration, où uniquement trois adolescentes sur cinq démontrent ce problème.

De plus, les adolescentes sont les seules à expérimenter des "émotions négatives". Trois adolescentes sur cinq ont consulté pour cinq raisons et plus contre aucune fille. Seuls les membres du groupe des adolescentes ont consulté

suite à des difficultés à socialiser ou à des problèmes d'apprentissages (80,0 % et 60,0 % respectivement).

Comparaisons entre les jeunes garçons et les adolescents

On constate que six fois plus de garçons que d'adolescents ont vécu un stress psychosocial modéré; en outre, trois fois plus d'enfants que de sujets plus âgés ont expérimenté des événements stressants importants. De plus, seuls quatre sujets du groupe des garçons présentent des résultats évalués dans les limites normales. Les garçons ont plus de cas d'hyperactivité que les adolescents (50,0 % contre 11,0 %). Les deux groupes diffèrent au point de vue des comportements de désobéissance; ainsi, 96,0 % des garçons commettent cet acte oppositionnel, contre 44,0 % des adolescents. On remarque un contraste entre les deux groupes au niveau des problèmes affectifs: 75,0 % des adolescents ressentent des "émotions négatives" contre 14,0 % des garçons. De plus, les sujets plus âgés s'isolent plus que les enfants (79,0 % comparativement à 36,0 %).

Les adolescents consultent pour plus de raisons que les garçons. On dénombre 75,0 % des adolescents ayant consulté pour cinq raisons ou plus, contre 14,0 % des garçons. Par contre, deux fois plus de garçons que d'adolescents ont consulté suite à des actes oppositionnels (68,0 % contre 33,3 %).

Les garçons diffèrent des adolescents aux niveaux des habiletés motrices: par exemple, 68,0 % des enfants ont des délais des habiletés motrices grossières contre aucun adolescent. Cet écart entre les deux groupes est maintenu dans les évaluations des habiletés perceptuelles motrices et dans les degrés d'autonomie atteints par les sujets.

LES PARENTS DES ENFANTS TRAITÉS AUX CENTRES DE JOUR

Caractéristiques sociodémographiques

On peut observer que deux-tiers des mères et 61,0 % des pères dont on connaît l'origine ethnique sont nés et éduqués au Canada (voir tableau 21).

Comme l'indique le tableau 22 résumant le niveau d'éducation complété par les parents, les mères ont obtenu leurs diplômes d'études universitaires dans 56,0 % des cas contrairement à 42,0 % des pères des sujets.

Tableau 21

Origine Ethnique des Parents

Groupes	n	Né et Éduqué au Canada	Mère	
			Né à l'étranger Éducation Primaire au Canada	Né et Éducation à l'Étranger
Filles	2	1		
Garçons	28	12	5	1
Adolescentes	5	-	-	-
Adolescents	9			
			Père	
Filles	2	-	-	-
Garçons	28	11	3	4
Adolescentes	5	-	-	-
Adolescents	9	3		1

Note. Valeurs manquantes: filles (1 mère et 2 pères), garçons (10 mères et 10 pères), adolescentes (5 mères et 5 pères) et adolescents (6 mères et 5 pères).

Tableau 22

Niveau D'éducation Complété Par les Parents

	n	Mère			
		Universitaire	Collégial	Secondaire	Primaire
Filles	2				1
Garçons	28	12	2	3	1
Adolescentes	5		1	1	
Adolescents	9	3		1	2
				Père	
Filles	2			1	
Garçons	28	8		6	3
Adolescentes	5	1			
Adolescents	9	1	1	1	2

Note. Valeurs manquantes: filles (1 mère et 1 père), garçons (10 mères

et 7 pères), adolescentes (3 mères et 4 pères) et adolescents (3 mères et 4 pères).

On peut constater qu'au moment de la cueillette des données, 78,0 % des mères et 82,0 % des pères occupaient un emploi (voir tableau 23). Toutefois, quatre mères sur 38 et cinq pères sur 34 sont au chômage.

Type de famille

La constitution des familles à l'étude se compose de: 21 familles de type nucléaire, trois reconstituées et 20 autres monoparentales.

Conflits conjugaux

En se basant sur le tableau 24, on constate que 22,0 % des conflits conjugaux sont caractérisés par de la violence verbale, alors que 19,5 % des familles présentent des conflits impliquant de la violence physique. De plus, une famille sur cinq expérimente des conflits conjugaux entraînant les deux formes de violence.

Tableau 23

Occupation des Parents Lors de la Cueillette des Données

Groupes	n	<u>Mère</u>				Autre ^a
		Secteur a	Secteur b	Secteur c	Chômage	
Filles	2					1
Garçons	28	7	2	5	3	8
Adolescentes	5		1	2		2
Adolescents	9	2	2	1	1	2
				<u>Père</u>		
Filles	2			1		
Garçons	28	6	3	7	5	2
Adolescentes	5		2	1		
Adolescents	9	1	4	1		1

Note. Secteur a=emploi requiert diplôme universitaire. Secteur b=emploi

requiert diplôme collégial. Secteur c=emploi requiert diplôme du secondaire.

^a Travailleurs autonomes ou personnes bénéficiaires de l'aide sociale.

Valeurs manquantes: filles (1 mère et 1 père), garçons (3 mères et 5 pères),

adolescentes (2 pères) et adolescents (1 mère et 2 pères).

Tableau 24

Conflits Conjugaux dans les Familles à l'Étude

Groupes	n	Violence Verbale	Violence Physique	Fin de la Relation	Les 2 Formes de violences
Filles	2				1
Garçons	28	5	3	1	7
adolescentes	5	2			
adolescents	9	2		2	

Note. N=44. Valeurs manquantes pour deux garçons et un adolescent.

Habilités parentales

L'incapacité "à gérer la responsabilité parentale" représente la catégorie la plus fréquente de déficit des habiletés parentales du tableau 25, avec un

pourcentage de 34,0 %. On note que 15 familles sur 33 démontrent deux déficits et plus.

Tableau 25

Déficits au Niveau des Habiletés Parentales Dans les Familles Ayant Au Moins

un Enfant Admis en Centre de Jour

Groupes	Incapacité ^a	Carence ^b	Négligence ^c	2Déficits ^d	3Déficits ^e
Filles	1				1
Garçons	7	3	1	9	3
Adolescentes	2	1		1	1
Adolescents	1	2	1	1	

Notes. N=44. Valeurs manquantes pour deux garçons et un adolescent.

^aIncapacité à gérer la responsabilité parentale. ^bCarence au niveau de l'éducation. ^cNégligence=abus physique ou sexuel. ^dIncapacité + Carence. ^ea +c.

Criminalité des Pères

On constate que quatre garçons sur 28 et une fille sur deux ont un père possédant un dossier criminel.

Désordres mentaux

Les désordres mentaux présentés par les parents des sujets sont répertoriés dans le tableau 26. Les mères présentent un pourcentage élevé de troubles mentaux graves, soit 37,0 % comparativement à 11,0 % des pères. Le quart des parents des participants ont la dépression comparativement à 18,0 % des parents des sujets de l'étude de Santé Québec (Valla et al., 1994).

Tableau 26

Désordres Mentaux Chez les Parents Biologiques des participants

Groupes	n	T.m.g.	<u>Mères</u>		
			Trouble Panique	Trouble de Personnalité	Troubles Anxieux
Filles	2	1			
Garçons ^a	27	7	2		
Adolescentes	5	2			
Adolescents	9	3			
			<u>Pères</u>		
Filles	2				
Garçons ^a	27	1	1	1	1
Adolescentes	5				
Adolescents	9	2			

Note. T.m.g.=Troubles mentaux graves. Valeurs manquantes:garçons (1 mère et 6 pères), adolescents (5 mères et 5 pères) et adolescentes (2 mères et 4 pères). ^a1 enfant est adopté (information sur parents biologiques est disponible).

Tableau 27

Abus de Substance Chez les Parents Biologiques des Sujets de L'étude

Groupes	n	Alcool	<u>Mères</u>	
			Drogues	Alcool et drogues
Filles	2	2		
Garçons ^a	27	1	1	
Adolescentes	5			
Adolescents	9			
			<u>Pères</u>	
Filles	2	1		
Garçons ^a	27	2	2	5
Adolescentes	5	1		
Adolescents	9			

Note. Valeurs manquantes:garçons (2 mères et 4 pères), adolescentes (2 mères et 4 pères) et adolescents (6 mères et 8 pères). ^a1 enfant est adopté (information sur parents biologiques est disponible).

En plus des troubles mentaux, une forte proportion des parents ont présenté des abus de substance (voir tableau 27). On constate que 41,0 % des pères et 12,0 % des mères ont un abus de substance.

Tableau 28

Nombre de Consommations Prises Par les Parents la Semaine Dernière

		<u>Mère</u>		
	<u>n</u>	0	1-5	6 et +
Filles	2	2		
Garçons	28	11	6	6
Adolescentes	5	2		
Adolescents	9		2	
		<u>Père</u>		
Filles	2	-	-	-
Garçons	28	8	4	6
Adolescentes	5	-	-	-
Adolescents	9	1		

Note. Valeurs manquantes: filles (2 pères), garçons (5 mères et 10 pères), adolescentes (3 mères et 5 pères) et adolescents (7 mères et 8 pères).

La semaine précédant l'interview, la moitié des parents n'a pas consommé d'alcool contrairement à 25,0 % des parents ayant pris six verres d'alcool et plus (voir tableau 28). Au cours de la dernière année, 35 parents sur 46 n'ont pas été en état d'ébriété (voir le tableau 29). Par contre, 12,5 % des parents des enfants traités en centre de jour ont été en état d'ébriété six fois ou plus.

Tableau 29

Nombre de Foix que les Parents Ont Été en État d'Ébriété L'année Dernière

	<u>n</u>	0	<u>Mère</u>	
			1-5	6 et +
Filles	2			2
Garçons	28	18	4	1
Adolescentes	5	2		
Adolescents	9	1	1	
			<u>Père</u>	
Filles	2	-	-	-
Garçons	28	13	2	3
Adolescentes	5	-	-	-
Adolescents	9	1		

Note. Valeurs manquantes: filles (2 pères), garçons (5 mères et 10 pères), adolescentes (3 mères et 5 pères) et adolescents (7 mères et 8 pères).

Comme on l'observe au tableau 30, les parents ont commis un taux élevé de comportements dysfonctionnels. On peut remarquer que 16,0 % des mères et 14,0 % des participants ont fait une tentative de suicide.

Tableau 30

Comportements Dysfonctionnels des Parents

	<u>n</u>	<u>Mères</u>
		Tentative de Suicide
Filles	2	2
Garçons ^a	28	3
Adolescentes	5	
Adolescents	9	
		<u>Pères</u>
Filles	2	
Garçons ^a	28	4
Adolescentes	5	1
Adolescents	9	

Note. Valeurs manquantes: garçons (4 mères et 5 pères), adolescentes (2 mères et 3 pères) et adolescents (7 familles). ^a 2 enfants sont adoptés.

Utilisation de services médicaux

L'utilisation des services médicaux par les parents des sujets est décrite au tableau 31. On peut noter que 81,0 % des mères et 52,0 % des pères des participants consultent des professionnels de la santé. Comme on l'observe au tableau 31, une faible proportion des parents a été hospitalisée suite à des troubles mentaux (9,6 % des mères et 8,0 % des pères). Les mères ont reçu trois fois plus de prescriptions de médicaments que les pères, soit 13 contre quatre respectivement.

Tableau 31

Utilisation des Services Médicaux Par les Parents des Sujets à l'Étude

Groupes	n	<u>Mères</u>		
		Consultations	Hospitalisations	Prescription de médicaments
Filles	2	1	1	2
Garçons ^a	28	20	2	8
Adolescentes	5	2		2
Adolescents	9	2		1
Groupes		<u>Pères</u>		
Filles	2	1	1	
Garçons ^a	28	11		4
Adolescentes	5			
Adolescents	9	1	1	1

Note. Valeurs manquantes: adolescentes (3 mères et 5 pères) et adolescents

(7 mères et pères) pour les 3 variables. Garçons (3 mères et 7 pères) pour les hospitalisations et les consultations. Prescription de médicaments: filles (1 père) et garçons (3 mères et 6 pères). ^a2 enfants sont adoptés.

Le tableau 32 porte sur les raisons de consultations des parents. On dénombre 56,0 % des mères consultant pour des raisons de santé mentale comparativement à 25,0 % des pères. De plus, 19,6 % des parents ont consulté suite à des "événements de vie difficiles".

Tableau 32

Raisons des Consultations des Parents

Groupes	n	Problèmes Affectifs	Mère	
			Événements de vies Difficiles	Santé Mentale
Filles	2	1		
Garçons	28	4	5	11
Adolescentes	5			2
Adolescents	9		1	1
			Père	
Filles	2			1
Garçons	28	3	4	4
Adolescentes	5	-	-	-
Adolescents	9			1

Note. Valeurs manquantes: garçons (3 mères et 7 pères), adolescentes (3 mères et 5 pères) et adolescents (7 mères et 8 pères).

Tableau 33

Raisons des Hospitalisations des Parents

	n	Schizophrénie ^a	Mère	
			Dépression	Tentative de Suicide
Filles	2			1
Garçons	28	1	1	
Adolescentes	5			
Adolescents	9			
			Père	
Filles	2			1
Garçons	28			
Adolescentes	5	-	-	-
Adolescents	9		1	

Note. Valeurs manquantes: garçons (3 mères et 7 pères), adolescentes

(3 mères et 5 pères) et adolescents (7 mères et 8 pères). ^a Inclus trouble du spectre de la schizophrénie.

Les parents des sujets en centre de jour ont été hospitalisés en raisons de troubles mentaux graves dans 60 % des cas. Il faut souligner deux autres cas où l'hospitalisation fut nécessaire après des tentatives de suicide des parents (voir tableau 33).

En se basant sur le tableau 34, les trois quarts des parents ayant besoin d'un traitement pharmacologique, ont reçu une prescription d'antidépresseurs.

Tableau 34

Prescription de Médicaments aux Parents Suite à des Troubles Mentaux

	n	Mère		
		Antidépresseurs	Lithium	Anxiolytiques
Filles	2	2		
Garçons	28	5	1	2
Adolescentes	5	2		
Adolescents	9	1		
		Père		
Filles	2			
Garçons	28	3		1
Adolescentes	5	-	-	-
Adolescents	9			

Note. Valeurs manquantes: fille (1 père), garçons (3 mères et 6 pères), adolescentes (3 mères et 5 pères) et adolescents (8 mères et 8 pères).

Grossesses

Les données du tableau 35 indiquent que 26,0 % des mères ont connu des complications obstétriques durant leurs grossesses, comparativement à trois mères sur 31 affirmant n'avoir eu aucun problème pendant cette période.

Tableau 35

Information sur la Grossesse/Accouchement des Mères des Sujets

Groupes	n	Normal	Alcool/ drogue	C.O.	Troubles mentaux
Filles	2		1		
Garçons	28	2	1	6	2
Adolescentes	5		1	2	
Adolescents	9	1	1	1	

Note. C.o.=Complications obstétriques. Valeurs manquantes: Filles (1), garçons (1), adolescentes (2) et adolescents (6).

PROFIL DES PARENTS

Parents (pères et mères ensembles)

On peut observer que 24,6% des parents des participants présentent des troubles mentaux graves. Parmi ces troubles mentaux graves, la dépression revient dans 75,0 % des cas. On doit souligner également que 15,0 % des parents ont fait une tentative de suicide.

Les parents ont dans 18,0 % des cas des problèmes d'alcool et abusent des drogues dans 11,0 % des cas. Cependant on constate que 50,0 % des parents des participants n'ont pris aucune consommation au cours de la semaine précédant l'interview avec le thérapeute. De plus, 76,0 % des parents ont rapporté ne pas avoir été en état d'ébriété au cours de l'année précédant l'interview avec le thérapeute.

On observe deux cas de négligence commis par les parents des participants. Un parent a commis un abus sexuel sur sa fille et un autre a abusé physiquement de son garçon.

Comme on a pu l'observer, les parents ont consulté dans une forte proportion les services médicaux, soit dans 68,0 % des cas. La raison principale de ces consultations des parents est leur santé mentale. Ceux-ci ont consulté pour ce motif dans 53,0 % des cas. Seulement 9,0 % des parents des participants ont été hospitalisés suite à des troubles mentaux. Par ailleurs, 32,7 % des parents ont reçu une prescription de médicaments suite à des troubles mentaux.

Parents des filles

Les parents des filles n'ont pas complété un haut degré de scolarisation, une mère sur deux ayant un diplôme du primaire et un père sur deux possède un diplôme d'études secondaires. On remarque qu'une mère de ce groupe sur deux est

une bénéficiaire de l'assistance sociale. Les deux familles des filles sont de type monoparental. Une famille sur deux a vécu des conflits conjugaux caractérisés par de la violence verbale et physique. De plus, une famille sur deux démontre plusieurs déficits au niveau des habiletés parentales, soit à "gérer la responsabilité parentale" et à établir des limites appropriées, et commet aussi de la négligence. Par ailleurs, un père sur deux dans ce groupe a un dossier criminel. Une mère sur deux du groupe des filles a abusé de l'alcool durant sa grossesse et a connu des complications obstétriques.

On rapporte qu'une mère des filles sur deux présente un trouble mental grave. Par contre, les deux mères et un père sur deux abusent de l'alcool. De plus, au cours de l'année dernière, ces mères ont été six fois ou plus en état d'ébriété. Les deux mères ont fait une tentative de suicide comparativement à un père sur deux. Un père sur deux a également abusé sexuellement de sa fille. Une mère sur deux a consulté suite à des "problèmes affectifs" ainsi qu'un père sur deux pour raison de santé mentale. Une mère sur deux et un père sur deux ont été hospitalisés suite à une tentative de suicide. Seules les deux mères se sont fait prescrire des médicaments (antidépresseurs) suite à des troubles mentaux.

Parents des garçons

Peu de parents des garçons sont nés à l'extérieur du Canada, soit 33,0 % des mères et 22,0 % des pères. Un taux plus élevé de mères a complété des études universitaires (67,0 % contre 38,0 % des pères). Sept mères sur 25 et sept pères sur 23 occupent des emplois requérant un diplôme universitaire. Cependant, 12,0 % des mères et 30,0 % des pères des garçons sont sans emploi. Le groupe des garçons est composé de 11 familles monoparentales sur 28, dont trois pères ayant la garde de leurs enfants. On peut constater que 73,0 % des couples ont des conflits

conjugaux. Par ailleurs, 57,0 % des familles ont de la difficulté à “gérer la responsabilité parentale”. De plus, neuf de ces 16 familles ont des ennuis à établir des limites appropriées à leurs enfants. Fait à souligner, quatre pères de garçons sur 28 ont des antécédents judiciaires. On peut noter que six mères sur 27 ont connu des complications obstétriques.

Une proportion élevée de mères présente des troubles mentaux graves, soit sept mères sur 27 contrairement à un seul père sur 22. Par contre, ces derniers ont plus d’abus de substance que les mères (38,0 % contre 7,0 %). Un nombre important de comportements dysfonctionnels est rapporté dans les familles des garçons: Trois mères sur 24 et deux pères sur 23 ont fait une tentative de suicide. De plus, un taux de 8,0 % des mères a des comportements violents contre 17,0 % des pères. Les parents des garçons ont eu recours à de nombreuses occasions aux services psychiatriques soit 80,0 % des mères et 52,0 % des pères. Plus de la moitié des mères et 36,0 % des pères ont consulté en raison de problèmes de santé mentale. Seulement une mère sur 25 et un père sur 21 ont été hospitalisés suite à un trouble mental grave. Les mères ont reçu plus de prescriptions de médicaments en raison de troubles mentaux que les pères (32,0 % contre 19,0 %).

Comparaisons des parents des jeunes filles et garçons

On remarque que le tiers des mères et 39,0 % des pères des garçons sont nés à l’étranger, contrairement à aucun des parents des sujets féminins. De plus, 67,0 % des mères et 38,0 % des pères des participants masculins ont complété leurs études universitaires, comparativement à aucun des parents des filles. Par contre, 12,0 % des mères et 22,0 % des pères des garçons sont sans emploi contre aucun des parents des filles. Deux mères des garçons sur 11 ont présenté des troubles mentaux durant leurs grossesses contre aucune pour les filles. On constate

également que douze familles des garçons sur 28 présentent deux déficits ou plus au niveau des habiletés parentales contre une famille des filles.

On peut observer que deux mères des garçons sur 27 ont des troubles de panique contre aucune mère des filles. De plus, le quart des mères des sujets masculins présente des troubles mentaux graves comparativement à une mère des filles sur deux. Les parents des garçons sont les seuls à avoir abusé des drogues (4,0 % des mères et 8,0 % des pères). L'unique cas d'abus sexuel rapporté a été commis par un père du groupe des filles. Par contre, les parents des garçons ont exclusivement posé des comportements violents (8,0 % des mères et 16,0 % des pères). Par ailleurs, 44,0 % des mères et 19,0 % des pères des garçons ont consulté pour des raisons de santé mentale contre un seule mère pour les filles. On relève qu'un seul cas d'hospitalisation parmi les parents des deux groupes: celui d'un père des filles suite à une tentative de suicide.

Parents des adolescentes

On peut observer que deux mères des adolescentes sur cinq sont bénéficiaires de l'assistance sociale contrairement à aucun père. Par ailleurs, trois familles des adolescentes sur cinq sont monoparentales. De plus, deux familles sur cinq présentent des conflits conjugaux sous la forme de la violence verbale. Les parents des adolescentes démontrent de nombreuses lacunes des habiletés parentales, une famille sur cinq ayant les trois catégories de déficits et une autre deux ("incapacité" et "carences aux niveaux de l'éducation"). Par ailleurs, une mère sur cinq des adolescentes, a abusé de l'alcool durant la grossesse et deux autres, ont eu des complications obstétriques.

On constate que deux mères sur trois ont un trouble mental grave et un père abuse de l'alcool. Deux mères sur deux des adolescentes ont consulté des spécialistes de la santé mentale et elles ont reçu une prescription d'antidépresseurs.

Parents des adolescents

On peut constater que trois mères sur six contre un père sur cinq du groupe des adolescents ont complété leurs études universitaires. Seul un père des adolescents sur quatre est né à l'étranger. Quatre mères sur huit et cinq pères sur sept des adolescents occupent un emploi nécessitant un diplôme collégial ou plus élevé. On remarque que quatre familles des adolescents sur neuf sont de type monoparental. Les parents de deux familles de ces sujets sur neuf ont connu des conflits conjugaux causés par la fin imminente de leurs relations. De plus, trois familles sur neuf, démontrent des lacunes au niveau de la discipline et une de ces familles a de la difficulté à supporter la pression de la responsabilité parentale. Un nombre important de parents des adolescents présente des troubles mentaux graves (trois mères sur quatre et deux pères sur quatre). Parmi ces parents présentant des désordres mentaux, un père ayant la dépression a été hospitalisé. Seulement un père a posé un comportement dysfonctionnel soit une tentative de suicide.

Comparaisons des parents des adolescentes et adolescents

Il existe un contraste entre les mères des deux groupes au niveau de leur scolarité. Seules trois des mères des adolescents sur six ont complété leurs études universitaires. Par contre, l'unique parent des deux groupes à être sans emploi est une mère des adolescents. On remarque que deux familles sur cinq des adolescentes ont deux déficits ou plus au niveau des habiletés parentales, contrairement à une famille sur neuf des adolescents.

L'unique cas de comportement dysfonctionnel rapporté est dans le groupe des adolescentes: un père sur cinq posant des actes violents. De plus, deux mères des adolescentes sur deux ont consulté suite à des problèmes de santé mentale comparativement à une mère des adolescents sur deux.

Comparaisons entre les parents des groupes des jeunes filles et des adolescentes

Seule une des mères du groupe des filles est bénéficiaire de l'assistance sociale. Trois adolescentes sur cinq vivent dans des familles monoparentales comparativement à une fille sur deux. Le groupe des adolescentes est le seul à compter deux mères sur cinq présentant des complications obstétriques. Une famille des filles sur deux a des conflits conjugaux constitués de violence physique et verbale contre deux familles des adolescentes sur cinq ayant des conflits maritaux caractérisés uniquement par de la violence verbale.

Le groupe des enfants est le seul ayant un père possédant un dossier criminel. On relève uniquement des cas d'abus d'alcool chez les parents du groupe des filles. On note un contraste au niveau des comportements dysfonctionnels commis par les parents des deux groupes féminins. Par ailleurs, deux parents (une mère sur deux et un père sur deux) des filles démontrent des comportements violents, comparativement à une mère sur cinq et deux pères sur cinq des adolescentes qui ont fait une tentative de suicide. Enfin, deux mères sur deux des adolescentes ont consulté pour des raisons de santé mentale, contrairement à une mère des enfants sur deux ayant consulté suite à des problèmes personnels.

Comparaisons entre les parents des jeunes garçons et des adolescents

On relève que le tiers des mères et 39,0 % des pères des enfants masculins sont nés à l'extérieur du Canada, contrairement à seulement un père des adolescents. Douze mères des garçons sur 18 comparativement à trois mères des

adolescents ont complété leurs études universitaires. Cependant, seuls les groupes des garçons ont des pères sans emploi, soit 22,0 % d'entre eux. Les familles des garçons sont les seules à connaître des conflits conjugaux ponctués de violence physique, soit 10 familles sur 28. Les familles des garçons diffèrent de celles des adolescents concernant les habiletés parentales: 43,0 % des parents des enfants ont deux déficits ou plus dans ce domaine, comparativement à 11,0 % des parents des adolescents. Seuls quatre pères des enfants masculins ont des dossiers criminels.

Les mères des adolescents ont présenté un taux plus élevé de troubles mentaux graves que les mères des enfants (75,0 % contre 26,0 %). Les pères des adolescents ont également plus de troubles mentaux graves que ceux des garçons (50,0 % contre 4,0 %). De plus, seulement un père des adolescents a été hospitalisé suite à une dépression. Enfin, huit mères des enfants sur 25 ont reçu des prescriptions d'antidépresseurs, contre une mère des sujets plus âgés sur deux.

LA PARENTÉ BIOLOGIQUE

Présence de troubles mentaux

Les deux filles ont de la parenté ayant un trouble mental grave. On constate que 63,0 % des garçons ont au moins un membre de leurs familles présentant des troubles mentaux graves (voir tableau 36). L'information recueillie sur la parenté de deux adolescentes a permis de relever la présence de troubles mentaux graves dans la famille des deux sujets. Enfin, un sujet adolescent sur deux compte un membre de sa parenté élargie ayant un désordre mental grave.

adolescents ont complété leurs études universitaires. Cependant, seuls les groupes des garçons ont des pères sans emploi, soit 22,0 % d'entre eux. Les familles des garçons sont les seules à connaître des conflits conjugaux ponctués de violence physique, soit 10 familles sur 28. Les familles des garçons diffèrent de celles des adolescents concernant les habiletés parentales: 43,0 % des parents des enfants ont deux déficits ou plus dans ce domaine, comparativement à 11,0 % des parents des adolescents. Seuls quatre pères des enfants masculins ont des dossiers criminels.

Les mères des adolescents ont présenté un taux plus élevé de troubles mentaux graves que les mères des enfants (75,0 % contre 26,0 %). Les pères des adolescents ont également plus de troubles mentaux graves que ceux des garçons (50,0 % contre 4,0 %). De plus, seulement un père des adolescents a été hospitalisé suite à une dépression. Enfin, huit mères des enfants sur 25 ont reçu des prescriptions d'antidépresseurs, contre une mère des sujets plus âgés sur deux.

LA PARENTÉ BIOLOGIQUE

Présence de troubles mentaux

Les deux filles ont de la parenté ayant un trouble mental grave. On constate que 63,0 % des garçons ont au moins un membre de leurs familles présentant des troubles mentaux graves (voir tableau 36). L'information recueillie sur la parenté de deux adolescentes a permis de relever la présence de troubles mentaux graves dans la famille des deux sujets. Enfin, un sujet adolescent sur deux compte un membre de sa parenté élargie ayant un désordre mental grave.

Tableau 37

<u>Abus d'alcool dans la Parenté des Sujets</u>									
		<u>Mère</u>							
	<u>n</u>	1	2	3	4	5	6	7	8
Filles	2		1						
Garçons ^a	27	6	2	2	3				
Adolescentes	5	2							
Adolescents	9		1		1				
		<u>Père</u>							
Filles	2	1			1				
Garçons ^a	28	6	4	2		1	1	1	1
Adolescentes	5	-	-	-	-	-	-	-	-
Adolescents	9	1							

Note. Valeurs manquantes: garçons (mère=1 et père=3), adolescentes

(mère=3 et père=5), adolescents (mère=7 et père=7). ^a1 enfant est adopté (mais information sur sa famille biologique).

Seule la parenté des garçons pose des comportements violents: 16,0 % des sujets ont un membre commettant ces actes. De plus, six familles de chaque parent des garçons ont un membre ayant commis une tentative de suicide.

Utilisation des services médicaux par la parenté biologique

Le tableau 38 rapporte le nombre de membres ayant consulté pour des raisons de santé mentale. On dénote que 18,0 % des familles de la mère et 36,0 % des familles du père des participants n'ont qu'un membre de leurs parentés respectives ayant consulté pour cette raison. Seulement un sujet sur 44 a un membre de sa parenté élargie ayant consulté pour un problème personnel et trois participants sur 44 ont un membre consultant suite à des événements de vie difficile.

Tableau 38

Consultations pour Motifs de Santé Mentale dans la Parenté des Sujets

	<u>n</u>	<u>Mères</u>			
		1 Membre	2 Membres	3 Membres	6 Membres et +
Filles	2	1	1		
Garçons ^a	28	2	3	1	1
Adolescentes	5	2			
Adolescents	9	1			
				<u>Pères</u>	
Filles	2	2			
Garçons ^a	28	7			1
Adolescentes	5	-	-	-	-
Adolescents	9	1			

Note. Valeurs manquantes: garçons (mère=4 et père=4), adolescentes

(mère=3 et père=5) et adolescents (mère=7 et père=7). ^a 2 enfants sont adoptés.

Par ailleurs, 20,0 % des familles des mères et 24,0 % des familles du côté paternel des participants ont un membre de la parenté hospitalisé suite à des troubles mentaux (voir tableau 39).

Tableau 39

Nombre d'hospitalisations Dans la Parenté des Sujets

	<u>n</u>	<u>Familles de la Mère</u>		
		1 Membre	2 Membres	3 Membres
Filles	2	2		
Garçons ^a	28	5	3	1
Adolescentes	5	2		
Adolescents	9			
			<u>Familles du Père</u>	
Filles	2	1		
Garçons ^a	28	7	1	
Adolescentes	5	-	-	-
Adolescents	9	1		

Note. Valeurs manquantes: garçons (mère =3 et père=4), adolescentes

(mère=3 et père=5) et adolescents (mère=7 et père=7). ^a 2 enfants sont adoptés.

Les données du tableau 40 permettent de constater que 20,0 % des familles du côté maternel ont un membre sous médication, comparativement à 37,0 % des familles du père des sujets. Cependant, trois familles sur 30 du côté maternel des participants ont deux membres ou plus sous médication contre aucune famille du père.

Tableau 40

Nombre de Membres de la Parenté des Sujets sous Médication Suite à des

Troubles Mentaux

	n	<u>Familles de la Mère</u>		
		1 Membre	2 Membres	3 Membres
Filles	2	1		
Garçons ^a	28	4	1	2
Adolescentes	5			
Adolescents	9	1		
		<u>Familles du Père</u>		
Filles	2	1		
Garçons ^a	28	8		
Adolescentes	5	-	-	-
Adolescents	9	1		

Note. Valeurs manquantes:filles (mère=1), garçons (mère =3 et père=5),

adolescentes (Mère=3 et père=5) et adolescents (mère=7 et père=7). ^a 2 enfants sont adoptés.

PROFIL DE LA PARENTÉ BIOLOGIQUE

Parenté biologique des filles

On peut constater que deux familles de la mère et une du côté du père ont un membre ayant un trouble mental grave. Une famille du côté maternel a deux membres abusant de l'alcool, comparativement à une famille du côté paternel qui en a quatre. De plus, deux familles du côté des mères ont respectivement un et deux membres ayant consulté pour une raison de santé mentale. La parenté du côté paternel présente deux familles ayant un membre qui a consulté pour le même

motif. Par ailleurs, deux familles de la mère et une du père, ont un membre ayant été hospitalisé suite à des troubles mentaux. Un membre d'une famille de chaque parent des filles est sous médication.

Parenté Biologique des garçons

Près de la moitié des familles du côté maternel et de la parenté du côté paternel des garçons présente un membre ayant au moins un trouble mental grave (46,0 % et 43,0 % respectivement). Ces pourcentages sont élevés si on tient compte de la prévalence des troubles mentaux graves rapportés dans l'Epidemiologic Catchment Area Project (Kessler et al., 1994). En se basant sur les données de l'ECA, la prévalence de la dépression est de 2,6 % pour les hommes et 7,0 % pour les femmes, la prévalence des troubles bi-polaires est de 1,2 % et celle de la schizophrénie varie autour de 1,0 %. Un taux élevé de la parenté des garçons a au moins deux membres abusant de l'alcool (26,0 % du côté maternel et 36,0 % du côté paternel). Deux familles des mères des garçons sur 27 ont respectivement un et deux membres toxicomanes. Une famille des pères des garçons sur 24 a deux membres toxicomanes, et une autre, trois. Par ailleurs, 92,0 % des membres de la parenté des sujets ayant fait une tentative de suicide se retrouvent dans les familles des garçons.

On compte cinq familles sur 24 du côté maternel possédant au moins deux membres ayant consulté pour des motifs de santé mentale comparativement à une famille du côté paternel sur 24, dont six membres ont consulté pour la même raison. Les familles des mères et des pères ont un membre ayant été hospitalisé suite à des troubles mentaux (26,0 % et 29,0 % respectivement). On peut observer que 28,0 % des familles du côté maternel des garçons ont au moins un membre sous

médication, comparativement aux familles des pères qui ont un membre sous médication dans 34,0 % des cas.

Comparaisons de la parenté élargie des groupes des jeunes filles et garçons

On remarque que les trois quarts des familles provenant de la parenté des filles ont un membre présentant des troubles mentaux graves comparativement à 37,0 % des familles des garçons. On rapporte uniquement des familles comptant plusieurs membres atteints de troubles mentaux graves dans le groupe des garçons. On observe que 33,0 % des familles de la parenté des garçons ont deux membres ou plus abusant de l'alcool contre une seule pour les filles. Seule la parenté des garçons comptent des membres abusant des drogues. De plus, 25,0 % des familles des garçons compte des membres ayant fait une tentative de suicide contre aucune pour les filles. Les sujets masculins comptent 10,0 % de familles ayant au moins deux membres hospitalisés en raison de désordres mentaux contre aucune des familles des filles. Enfin, 31,0 % des familles de la parenté des garçons ont un membre sous médication contrairement à aucune de la parenté de ces participantes.

Parenté biologique des adolescentes

La totalité des familles des mères des adolescentes ont un membre abusant de l'alcool. On peut souligner que deux familles sur cinq du côté maternel des adolescentes comptent un membre posant des comportements violents. Sur deux familles de la parenté des mères investiguées, toutes ont un membre qui a consulté pour des motifs de santé mentale. De plus, la parenté du côté maternel de ces sujets comprend deux familles sur trois dont un des membres a été hospitalisé suite à des troubles mentaux. La parenté des mères des adolescentes a également deux familles présentant trois membres sous médication en raison de désordres mentaux.

Parenté élargie des adolescents

On peut remarquer que deux familles sur quatre provenant de la parenté des adolescents ont un membre abusant de l'alcool. Une famille des pères des adolescents sur deux présente un membre ayant fait une tentative de suicide. De plus, deux familles sur quatre ont un membre consultant pour des motifs de santé mentale. Une famille du côté des pères sur deux a un membre ayant été hospitalisé et une autre présente un membre sous médication suite à un trouble mental.

Comparaisons de la parenté élargie des adolescentes et adolescents

Deux familles de la parenté des adolescents sur quatre ont deux membres ou plus abusant de l'alcool comparativement à une famille de la parenté des sujets féminins sur deux ayant un membre aux prises avec la même difficulté. Seules les adolescentes présentent un membre posant des comportements violents (deux familles sur quatre). Par contre, seule la parenté des adolescents compte un membre ayant fait une tentative de suicide, soit une famille sur quatre. On rapporte uniquement des cas d'hospitalisation chez les familles des adolescents soit deux familles sur quatre.

Comparaisons de la parenté biologique des jeunes filles et des adolescentes

Les adolescentes sont les seules à présenter des membres de leurs familles posant des comportements violents. On dénombre deux familles sur deux provenant de la parenté des adolescentes ayant un membre consultant pour des raisons de santé mentale, contre une sur deux pour les filles. Cependant, seule une famille de la parenté des enfants sur deux compte deux membres ayant consulté pour le même motif. Seule une famille de la parenté des filles sur deux présente un membre sous médication suite à un désordre mental.

Comparaisons de la parenté élargie des garçons et des adolescents

On constate que plus du tiers des familles des garçons soit 37,0 %, ont un membre présentant un trouble mental grave contre aucune famille des adolescents. De plus, 40,0 % des familles de la parenté des garçons comptent un membre abusant de l'alcool contrairement à deux familles sur quatre de la parenté des sujets plus âgés. On rapporte seulement des cas de toxicomanies chez les membres de la parenté des garçons (8,0 % des familles). On dénombre plusieurs cas de comportements dysfonctionnels dans les familles des garçons comparativement à la parenté des adolescents. On constate que 29,0 % des familles des garçons ont au moins un membre posant ces gestes contre une seule sur quatre pour les adolescents. Les deux groupes diffèrent également au sujet des raisons de consultations: 30,0 % des familles des garçons ont au moins un membre ayant consulté en raison de problèmes de santé mentale contre une famille sur quatre des adolescents. Le groupe des garçons a été le seul à compter des familles où deux membres ou plus sont sous médication suite à un trouble mental (trois familles sur 25).

LIENS ENTRE LES TROUBLES MENTAUX CHEZ LES PARENTS ET LES CARACTÉRISTIQUES DES ENFANTS TRAITÉS EN CENTRE DE JOUR

Les tests du Khi-deux seront effectués auprès des sujets masculins, des sujets féminins et auprès de tout les participants. À chaque étape, les caractéristiques des enfants seront mises en relation avec la présence ou l'absence de troubles mentaux chez les mères, les pères et la parenté biologique de ces sujets.

Liens entre les troubles mentaux chez les mères et les caractéristiques des sujets masculins

Les tests du Khi-deux effectués n'ont pas permis de trouver une association significative entre la présence et l'absence de troubles mentaux chez les mères et les variables représentant les caractéristiques des sujets masculins. Ces résultats sont présentés au tableau 41.

Tableau 41

Liens entre les Troubles Mentaux des Parents et les Caractéristiques des Sujets

Masculins

Caractéristiques des Enfants	Mères avec t. m.	Mères sans t. m.	χ^2	Pères avec t. m.	Pères sans t. m.	χ^2
Trouble oppositionnel	3,0 %	12,9 %	2,39	3,7 %	14,8 %	1,95
Déficit de l'attention avec hyperactivité	9,6 %	9,6 %	0,01	7,4 %	7,4 %	0,01
Trouble des conduites	6,5 %	0,0 %	2,00	3,7 %	3,7 %	0,00
Agression sur la personne	15,6 %	12,5 %	0,03	10,7 %	21,4 %	0,91
Comportement oppositionnel	50,0 %	43,8 %	0,01	42,9 %	50,0 %	0,01
Inattention	12,5 %	15,6 %	0,38	14,3 %	21,4 %	0,26
Hyperactivité	34,3 %	21,8 %	1,05	32,1 %	25,0 %	1,45
Problèmes Affectifs	28,1 %	12,5 %	2,28	25,0 %	14,3 %	2,16
H.m.g.	34,5 %	31,0 %	0,02	36,0 %	28,0 %	1,21
H.m.f.	39,3 %	32,1 %	0,06	41,7 %	29,2 %	1,82
H.p.m.	21,9 %	25,0 %	0,54	21,4 %	21,4 %	0,27
Degré d'autonomie	28,6 %	21,4 %	0,57	34,8 %	17,4 %	5,49*

Note. n=37, T. m.= troubles mentaux, h.m.g.=habiletés motrices grossières,

h.m.f.= habiletés motrices fines, h.p.m.=habiletés perceptuelles-motrices.

* $p < .05$.

Liens entre les troubles mentaux chez les pères et les caractéristiques des sujets masculins

Comme on peut l'observer, seuls les délais du degré d'autonomie atteint semblent être en association avec la présence ou l'absence de troubles mentaux chez les pères ($\chi^2=5,49$, $p=0,019$). Tous les tests effectués avec les autres variables citées dans le tableau 41 se sont avérés non significatifs.

Liens entre les troubles mentaux de la parenté biologique et les caractéristiques des sujets masculins

Un test du Khi-deux n'a pu être effectué parce que la variable opposition à l'autorité parentale était une constante. Aucun des tests du Khi-deux effectués n'a permis de relever d'association significative entre la présence ou l'absence de troubles mentaux dans la parenté biologique et les autres caractéristiques des sujets masculins.

Liens entre les troubles mentaux chez les mères et les caractéristiques des sujets féminins

Du fait que les variables suivantes: trouble oppositionnel, déficit de l'attention avec hyperactivité et délai des habiletés perceptuelles motrices, étaient des constantes, elles n'ont pu faire l'objet du test du Khi-deux. Toutes les autres caractéristiques des sujets féminins ne sont pas en association significative avec la présence ou l'absence de troubles mentaux chez les mères (voir tableau 42).

Liens entre les troubles mentaux chez les pères et les caractéristiques des sujets féminins

Le calcul du Khi-deux n'a pas été fait pour ces variables: troubles d'opposition, déficit de l'attention et délai des habiletés perceptuelles-motrices car ce sont des constantes. Aucune association significative n'a été relevée avec les

autres variables des sujets féminins et la présence ou l'absence de troubles mentaux chez les pères (voir tableau 42).

Tableau 42

Liens entre les troubles Mentaux des parents et les caractéristiques des Sujets

Féminins

Caractéristiques des enfants	Mères avec t.m.	Mères sans t.m.	χ^2	Pères avec t.m.	pères avec t.m.	χ^2
Trouble oppositionnel	80,0 %	20,0 %	- ^a	66,6 %	33,3 %	- ^a
Déficit de l'attention avec hyperactivité	80,0 %	20,0 %	- ^a	66,6 %	33,3 %	- ^a
Trouble de conduites	40,0 %	20,0 %	0,83	33,3 %	0,0 %	0,75
Agression sur la personne	20,0 %	0,0 %	0,31	0,0 %	33,3 %	3,00
Comportement oppositionnel	60,0 %	20,0 %	0,31	33,3 %	33,3 %	0,75
Inattention	20,0 %	0,0 %	0,31	33,3 %	33,3 %	0,75
Hyperactivité	40,0 %	20,0 %	0,83	66,6 %	33,3 %	- ^a
Problèmes affectifs	60,0 %	20,0 %	0,31	66,6 %	0,0 %	3,00
H.m.g.	20,0 %	0,0 %	0,44	0,0 %	33,3 %	2,00
H.m.f.	60,0 %	20,0 %	0,31	33,3 %	33,3 %	0,75
H. p. m.	60,0 %	20,0 %	- ^a	33,3 %	33,3 %	2,00
Degré d'autonomie	40,0 %	0,0 %	1,33	0,0 %	33,3 %	2,00

Note. n=7, T. m.= troubles mentaux, h.m.g.=habiletés motrices grossières,

h.m.f.= habiletés motrices fines, h.p.m.=habiletés perceptuelles-motrices.

^aLe calcul du khi-deux n'a pu être effectué parce que la variable est une constante.

Liens entre les troubles mentaux de la parenté biologique et les caractéristiques des sujets féminins

Aucun calcul du Khi-deux n'a pu être effectué car toute les variables des sujets féminins étaient des constantes.

Liens entre les troubles mentaux chez les mères et les caractéristiques des participants

Tout les tests se sont avérés non significatifs. Il ne semble donc pas avoir d'association entre les variables caractérisant les participants et la présence ou absence de troubles mentaux chez leurs mères (voir tableau 43).

Tableau 43

Liens Entre les Troubles Mentaux des Parents et les Caractéristiques des Participants

Caractéristiques des enfants	Mères avec t. m.	Mères avec t. m.	χ^2	Pères avec t. m.	Pères avec t. m.	χ^2
Trouble oppositionnel	2,7 %	11,0 %	2,97	3,3 %	1,3 %	2,16
Déficit de l'attention avec hyperactivité	8,3 %	8,3 %	0,09	6,6 %	6,6 %	0,00
Trouble de conduites	10,8 %	10,8 %	2,20	6,5 %	3,2 %	1,34
agression sur la personne	16,2 %	10,8 %	0,60	9,7 %	22,6 %	2,00
Comportement oppositionnel	51,4 %	40,5 %	0,13	41,9 %	48,8 %	0,44
Innatention	13,5 %	13,5 %	0,26	16,1 %	19,4 %	0,06
Hyperactivité	35,1 %	21,6 %	0,52	35,5 %	25,8 %	1,78
Problèmes affectifs	32,4 %	13,5 %	2,45	29,0 %	12,9 %	3,90*
H. m. g.	33,3 %	27,3 %	0,00	33,3 %	29,6 %	0,42
H. m. f.	34,4 %	28,1 %	0,03	38,5 %	26,9 5	1,53
H. p. m.	20,6 %	23,5 %	0,93	22,2 %	22,2 %	0,03
Degré d'autonomie	31,3 %	18,8 %	1,13	32,0 %	20,0 %	3,38

Note. n=44, T. m.= troubles mentaux, h.m.g.=habiletés motrices grossières,

h.m.f.= habiletés motrices fines, h.p.m.=habiletés perceptuelles-motrices.

* $p < .05$.

Liens entre les troubles mentaux chez les pères et les caractéristiques des sujets des participants

Comme on peut le constater au tableau 43, les problèmes affectifs (anxiété et sentiments négatifs) des participants semblent être en association avec la présence ou l'absence de troubles mentaux chez leurs pères ($\chi^2=3,9$, $p=0,048$). Les analyses faites auprès des autres variables des participants n'ont pas révélé des résultats significatifs.

Liens entre les troubles mentaux des parents et les caractéristiques des participants

Des tests du Khi-Deux ont été effectués en prenant compte des troubles mentaux des deux parents. Le délai du degré d'autonomie atteint semble être la seule caractéristique des enfants qui soit en association significative avec l'absence ou présence de troubles mentaux chez les deux parents ($\chi^2=5,2$, $p=0,022$).

Liens entre les troubles mentaux de la parenté biologique et les caractéristiques des participants

Aucun des tests effectués avec les caractéristiques des participants ne semble être en association avec la présence ou l'absence de troubles mentaux chez leurs parentés biologiques.

COMPARAISONS AVEC LES ENFANTS TRAITÉS AUX CENTRES DE JEUNESSE

Comparaisons entre les enfants des centres de jour et des enfants placés à l'interne des CRJDA

On constate au tableau 44 que les enfants en centre de jour sont plus jeunes que les enfants placés en CRJDA: ils sont âgés de 4,63 ans comparativement à 9,69 ans.

Les enfants placés en CRJDA sont les seuls à présenter des troubles de conduites avec un pourcentage de 47,5 %. Ces enfants présentent plus de déficit de l'attention avec hyperactivité et de trouble d'opposition que les garçons en centre de jour. Ils ont ces désordres dans 65,0 % et 75,0 % des cas contrairement à 16,7 % et 20,0 % des garçons en centre de jour des hôpitaux.

On peut observer que trois quarts des sujets de chaque établissement ont commis des actes d'agression (voir tableau 44). Les enfants en centre de jour des hôpitaux ont obtenu un résultat moyen plus élevé au niveau du fonctionnement global que les enfants en placement dans les CRJDA soit 62,5 contre 46,8 respectivement. Rappelons que les résultats de l'évaluation globale des enfants en centre de jour proviennent de l'échelle du DSM-IV (APA, 1994) alors que ceux des enfants placés à l'interne des CRJDA sont basés sur Le "Children Global Assessment Scale" (Schaffer et al. 1983).

Les enfants en centre de jour des hôpitaux et les enfants placés en CRJDA ont présenté un pourcentage similaire de problèmes de comportements soit des taux de 80,0 % et 70,0 %. Trois fois plus de sujets en CRJDA ont connu des problèmes de la relation parents-enfants que ceux en centre de jour (97,5% contre 33,0 %). Seuls les enfants en CRJDA n'ont qu'un problème identifié à leur arrivée (12,5 % des cas) alors que les 30 enfants en centre de jour des hôpitaux ont consulté pour deux raisons ou plus.

On constate au tableau 44 une différence marquée concernant la santé mentale des parents des deux groupes d'enfants. Les parents des enfants en CRJDA ont dans 65,0 % des cas l'anxiété généralisée contre 3,3 % des parents des enfants en centre de jour. La dépression se retrouve également chez plus de

parents des enfants en CRJDA que chez les parents des enfants en centre de jour (55,0 % contre 17,0 %).

Tableau 44

Comparaison Entre les Enfants en Centre de Jour et les Enfants en CRJDA

variables	enfants en centre de jour	enfants à l'interne des CRJDA	enfants à l'externe des CRJDA
nombre	30	40	65
Âge moyen (nb d'années)	4,63 ($\sigma = 1,2$)	9,69 ($\sigma = -$)	8,63 ($\sigma = -$)
Trouble de conduites (%)	0,0	47,5	16,9
Hyperactivité (%)	16,7	65,0	50,8
Trouble oppositionnel (%)	20,0	7,0	53,8
Comportements agressifs (%)	76,7	75,0	49,2
Évaluation globale (résultat moyen)	62,5 ($\sigma = 16,12$)	46,8 ($\sigma = 16,3$)	58,3 ($\sigma = 15,9$)
Problème dans la relation entre les parents et les enfants (%)	33,0	97,5	92,3
Problèmes de comportement (%)	80,0	70,0	55,4
Nombre de raisons de consultations (%)	1. 0,0 2. 10,0 3. 39,3 4. 40,0	1. 12,5 2. 10,0 3. 32,5 4. 45,0	1. 15,4 2. 20,0 3. 32,3 4. 32,3
Dépression (%) des parents	17,0	55,0	44,6
Crise de panique (%) des parents	10,0	10,0	4,6
Anxiété (%) des parents	3,3	62,5	50,8
Vulnérabilité personnelle des parents (%)	66,0	75,0	66,2
Aide sociale (%)	9,0	60,0	64,0
Familles monoparentales	39,0	52,5	60,0

Note. Problèmes de comportement= sujet perturbe le groupe, échecs scolaires,

difficulté à socialiser avec ses pairs. Vulnérabilité personnelle des parents=

incapacité à gérer la responsabilité parentale dû à un problème personnel ou une

maladie ou abus de substance.

De plus, il existe un contraste entre les parents des deux groupes au niveau de l'aide sociale: 60,0 % des parents des enfants en CRJDA sont bénéficiaires de l'aide sociale contre 9,0 % des parents des sujets en centre de jour des hôpitaux. On remarque également que les enfants placés à l'interne des CRJDA vivent plus souvent au sein de familles monoparentales que les garçons en centre de jour des hôpitaux (52,5 % comparativement à 39,0 %).

Comparaisons des enfants en centre de jour et des enfants suivis en services externes en CRJDA

Comme on peut l'observer au tableau 44, il y a une différence d'âge entre les sujets des deux groupes: les sujets des centres de jour sont âgés de 4,63 ans comparativement à 8,63 pour ceux suivis en services externes des CRJDA. On relève seulement des cas de troubles de conduites chez les enfants suivis en services externes des CRJDA (16,9 % d'entre eux). De plus, 50,8 % des sujets suivis en services externes des CRJDA ont un déficit de l'attention avec hyperactivité contrairement à 16,7 % des garçons en centre de jour des hôpitaux. Le trouble oppositionnel avec provocation se retrouve plus fréquemment chez les enfants des centres de réadaptation que chez les enfants des centres de jour (53,8 % contre 20,0 %). Cependant, un pourcentage plus élevé des enfants des centres de jour a posé des gestes agressifs que ceux suivis à l'externe des centres de réadaptation (76,7 % comparativement à 49,2 %).

Les enfants suivis en services externes des CRJDA ont connu plus de problèmes de la relation parents-enfants que ceux des centres de jour des hôpitaux (92,3 % contre 32,0 %). Par contre, les garçons en centre de jour des hôpitaux présentent plus fréquemment des problèmes de comportement que les sujets des centres de réadaptation, soit 80,0 % contre 55,4 %. On constate au tableau 44 que

dans les deux groupes, seuls les sujets suivis à l'externe des CRJDA n'ont qu'une raison de consultation soit dans 15,4 % des cas.

Les parents des enfants suivis en services externes des centres de jeunesse de jour ont présenté plus de dépression et de trouble d'anxiété généralisée que les enfants en centre de jour des hôpitaux. On constate donc que 46,0 % des parents des enfants des centres de réadaptation ont la dépression contre 16,0 % des parents des enfants en centre de jour, alors que pour le trouble d'anxiété généralisée, les taux sont de 50,8 % contre 2,0 %. Les enfants suivis en services externes des centres de jeunesse vivent plus souvent dans des familles monoparentales que les enfants en centre de jour (60,0 % contre 39,0 %). Enfin, 64,0 % des parents des sujets des centres de réadaptation sont des bénéficiaires de l'aide sociale contrairement à 9,0 % des garçons des centres de jour des hôpitaux.

Comparaisons des adolescents en centre de jour des hôpitaux et des adolescents placés à l'interne des centres de jeunesse

On observe au tableau 45 que plus d'adolescents en centre de jour ont un diagnostic principal du déficit de l'attention avec hyperactivité que ceux placés à l'interne des centres de jeunesse soit 42,8 % contre 15,3 %. Les adolescents en centre de jour ont également obtenu un taux légèrement supérieur de déficit de l'attention avec hyperactivité comme diagnostic secondaire que les adolescents à l'interne des CRJDA (7,1 % contre 7,3 %). Par contre, ces derniers présentent plus le trouble oppositionnel comme diagnostic principal que les adolescents en centre de jour, soit 19,2 % contre 14,2 % respectivement. Toutefois, les adolescents en centre de jour ont plus ce trouble comme diagnostic secondaire que les adolescents placés à l'interne des centres de jeunesse (21,4% contre 7,7 %).

Tableau 45

Comparaison Entre les Adolescents en Centre de Jour et les Adolescents en CRJDA

variables	Adolescents en centre de jour	Adolescents à l'interne des CRJDA	Adolescents à l'externe des CRJDA
Nombre	14	26	42
Adhd diagnostic principal (%)	42,8	15,3	29,2
Odd diagnostic principal (%)	14,2	19,2	33,0
Adhd diagnostic secondaire (%)	7,1	4,3	7,3
Odd diagnostic secondaire (%)	21,4	7,7	4,8
Présence d'au moins un trouble mental chez les parents (%)	58,3	69,2	64,2
Familles monoparentales (%)	50,0	42,3	35,7

Note. Adhd=déficit de l'attention avec hyperactivité, odd= trouble oppositionnel.

On constate au tableau 45 que les parents des adolescents en centre de jour et ceux placés à l'interne des CRJDA présentent sensiblement le même taux de troubles mentaux avec des pourcentages de 58,3 % et 69,2 % respectivement.

Comparaisons des adolescents traités en centre de jour en Pédopsychiatrie des hôpitaux et des adolescents suivis en services externes des centres de jeunesse

On peut remarquer au tableau 45 que les adolescents en centre de jour ont plus le déficit de l'attention avec hyperactivité comme diagnostique principal que les adolescents suivis en services externes des CRJDA (42,8 % contre 29,2 %). Les adolescents suivi en services externes des centres de jeunesse ont obtenu plus fréquemment comme diagnostique principal le trouble oppositionnel que les adolescents en centre de jour soit 33,0 % contre 14,2 %. Cependant, ces derniers

ont reçu plus souvent le trouble oppositionnel comme diagnostic secondaire que les adolescents suivis à l'externe des CRJDA (21,4 % contre 4,8 %).

On remarque au tableau 45 que les parents des deux groupes ont présenté des taux similaires de troubles mentaux. Les parents des adolescents en centre de jour ont au moins un trouble mental dans 58,3 % des cas comparativement à 64,2 % des parents des adolescents suivis à l'externe des centres de jeunesse. On constate que les adolescentes vivent plus fréquemment dans des familles monoparentales que les adolescents suivis à l'externe des centres de jeunesse (50,0 % contre 35,7 %).

COMPARAISONS ENTRE LES SUJETS EN CENTRES DE JOUR DES HÔPITAUX ET LES JEUNES DE L'ÉTUDE DE SANTÉ QUÉBEC

Comparaisons des filles en centre de jour des hôpitaux et des filles de 6 à 8 ans de l'étude de Santé Québec

Les filles provenant de la population générale du Québec ont été les seules à présenter le déficit de l'attention avec hyperactivité et le trouble oppositionnel. Ces sujets ont un taux de 4,1 % d'hyperactivité et 1,4 % de trouble d'opposition (voir tableau 46). Par contre, les deux filles en centre de jour ont posé des gestes agressifs contre 1,3 % des filles de l'étude de Santé Québec (Valla et al., 1994). Cependant, les enfants de 6 à 8 ans issus de la population générale ont démontré un retard scolaire dans 5,9 % des cas contrairement à aucune des filles. Ces dernières ont toutes au moins un frère comparativement à 10,4 % des filles issues de la population générale qui sont enfants uniques.

Les deux filles en centre de jour sont dans des familles monoparentales contrairement à 12,9 % des enfants issus de la population générale du Québec (voir tableau 46). Une mère sur deux des filles en centre de jour est née à l'étranger

contre 8,9 % des mères des enfants de 6 à 8 ans de l'étude de Santé Québec (Valla et al., 1994). On ne relève qu'un cas de dépression parmi les parents des filles en centre de jour comparativement à 18,5 % des parents des filles issus de la population générale du Québec (prévalence au cours de la vie). De plus, aucun des parents des filles n'a présenté le trouble d'anxiété généralisée contrairement à 21,5 % (prévalence au cours de la vie) des parents de l'étude de Santé Québec (Valla et al., 1994).

Tableau 46

Comparaison des filles en Centre de Jour et des filles Provenant de la Population Générale

Variables	Filles en Centre de jour des hôpitaux (n=2) ^a	Filles de l'étude de Santé Québec (n=367) ^b
Sujets nés à l'étranger (%)	0,0	2,2
Enfant unique (%)	0,0	10,4
Hyperactivité (%)	0,0	4,1
Trouble oppositionnel (%)	0,0	1,4
Trouble de conduites (%)	0,0	0,2
Comportements agressifs (%)	100,0	1,3
Retard scolaire (%)	0,0	5,9
Mère a complété 5e secondaire ou moins (%)	50,0	64,3
Père a complété 5e secondaire ou moins (%)	50,0	57,9
Familles monoparentales (%)	100,0	12,9
Dépression des parents (%)	25,0	18,5
Trouble panique ou anxiété généralisée des parents (%)	0,0	21,5

Note. Tc= troubles des conduites, adhd= déficit de l'attention avec hyperactivité,

odd= trouble oppositionnel avec provocation. ^a Les filles en centre de jour sont

âgées en moyenne de 4,63 ans ($\sigma = 1,20$). ^b Les filles provenant de la population

générale sont âgées entre 6 et 8 ans ($\sigma = -$).

Comparaisons des garçons en centre de jour des hôpitaux et les garçons âgés de 6 à 8 ans de l'étude de Santé Québec

Les comparaisons entre les deux groupes sont présentées au tableau 47. On peut constater que la moitié des garçons en centre de jour est enfant unique contre 10,4 % des garçons provenant de la population générale du Québec. Les garçons en centre de jour des hôpitaux présentent un taux plus élevé de déficit de l'attention avec hyperactivité et de trouble oppositionnel que les garçons de l'étude de Santé Québec (Valla et al., 1994). Ce groupe en centre de jour compte 21,0 % de sujets hyperactifs et 18,0 % ayant le trouble oppositionnel, comparativement à 9,6 % et 4,1 % des garçons provenant de la population générale du Québec.

De plus, les garçons en centre de jour ont été plus nombreux à commettre des gestes agressifs que les garçons issus de l'étude de Santé Québec (Valla et al., 1994) soit 75,0 % contre 7,8 %. Les garçons des centres de jour et les enfants de 6 à 8 ans provenant de la population générale démontrent un taux semblable de retard scolaire (10,0 % et 5,9 % respectivement).

Plus du tiers (39,0 %) des garçons en centre de jour des hôpitaux vivent à l'intérieur de familles monoparentales, contrairement à 12,9 % des garçons de l'étude de Santé Québec (Valla et al., 1994). On remarque un plus grand nombre de parents ayant complété leurs études universitaires dans le groupe des garçons en centre de jour. Ces mères et ces pères possèdent ce diplôme dans 66,0% et 38,0 % des cas, contre 13,2 % des mères et 18,6 % des pères des garçons provenant de la population du Québec. Les parents des garçons de l'étude de Santé Québec ont présenté un pourcentage supérieur de trouble d'anxiété généralisée que ceux des garçons en centre de jour (21,5 % contre 2,0 %).

Tableau 47

Comparaisons des Garçons en Centre de Jour et des Garçons Provenant de la**Population Générale**

Variables	Garçons en Centre de jour des hôpitaux (n=28)^a	Garçons de l'étude de Santé Québec (n= 393)^b
Sujets nés à l'étranger (%)	6,6	2,2
Enfant unique (%)	53,8	10,4
Hyperactivité (%)	17,8	9,6
Trouble oppositionnel (%)	21,4	4,1
Trouble de conduites (%)	0,0	0,2
Comportements agressifs (%)	75	7,8
Retard scolaire (%)	10,7	5,9
Mères nées à l'étranger (%)	33	8,9
Pères nés à l'étranger (%)	38,8	10,2
Mère a complété 5e secondaire ou moins (%)	22,2	64,3
Mère a complété études collégiales (%)	11,1	22,5
Mère a complété études universitaires (%)	66,6	13,2
Père a complété 5e secondaire ou moins (%)	53,0	57,9
Père a complété études collégiales (%)	0,0	23,6
Père a complété études universitaires (%)	47,0	18,6
Familles monoparentales (%)	39,2	12,9
Dépression des parents (%)	16,0	18,5
Trouble panique ou anxiété généralisée des parents (%)	6,1	21,5

Note. ^a Les garçons en centre de jour sont âgés en moyenne de 4,63 ans ($\sigma=1,20$).

^B Les garçons provenant de l'étude de Santé Québec sont âgés entre 6 et 8 ans ($\sigma =$).

Comparaison entre les adolescentes en centre de jour des hôpitaux et les adolescentes de 12 à 14 ans de l'étude de Santé Québec

On peut observer qu'aucune des cinq adolescentes en centre de jour des hôpitaux n'est enfant unique comparativement à 10,4 % des sujets de 12 à 14 ans issus de la population générale du Québec (voir tableau 48). Les adolescentes en centre de jour des hôpitaux présentent une proportion plus élevée de trouble de conduites que les adolescentes provenant de la population générale du Québec (trois sur cinq contre 0,5 %). Les adolescentes en centre de jour démontrent un taux plus élevé d'actes agressifs que celles de l'étude de Santé Québec (cinq sur cinq contre 2,9 %). Une adolescente sur cinq a des idéations suicidaires contre 10 % des adolescentes issues de la population générale du Québec. Une plus grande proportion des adolescentes des centres de jour présentent un retard scolaire que les adolescentes de l'étude de Santé Québec (Valla et al., 1994): trois adolescentes sur cinq ont ce problème contre 27,5 %.

Les adolescentes en centre de jour vivent plus fréquemment dans des familles monoparentales que les sujets âgés entre 12 et 14 ans de la population générale du Québec: trois adolescentes sur cinq comparativement à 15,4 %. Deux mères des adolescentes sur trois ont la dépression contre 21,0 % (prévalence au cours de la vie) des parents des sujets âgés de 12 à 14 ans provenant de la population générale du Québec. De plus, on observe des cas d'anxiété généralisée (24,4 %) uniquement dans le groupe des parents des adolescentes de l'étude de Santé Québec (Valla et al., 1994).

Tableau 48

Comparaisons des Adolescents en centre de jour et des adolescentes provenant de la population générale

Variables	Adolescentes en centre de jour des hôpitaux (n=5)^a	Adolescentes de l'étude de Santé Québec (n= 400)^b
Sujets nés à l'étranger (%)	0,0	3,3
Enfant unique (%)	0,0	10,4
Hyperactivité (%)	0,0	1,9
Trouble oppositionnel (%)	0,0	2,8
Trouble des conduites (%)	60,0	0,5
Comportements agressifs (%)	100,0	2,9
Idéations suicidaires (%)	20,0	10,0
Retard scolaire (%)	60,0	27,5
Mère a complété 5e secondaire ou moins (%)	20,0	67,6
Mère a complété études collégiales (%)	20,0	21,9
Mère a complété études universitaires (%)	-	10,5
Père a complété 5e secondaire ou moins (%)	-	63,3
Père a complété études collégiales (%)	-	19,0
Père a complété études universitaires (%)	20,0	17,6
Familles monoparentales (%)	60,0	15,8
Dépression des parents (%)	66,0	21,0
Trouble panique ou anxiété généralisée des parents (%)	0,0	24,4

Note. ^a Les adolescentes en centre de jour sont âgées en moyenne de 13,62 ans

($\sigma=0,88$). ^b Les adolescentes provenant de la population générale sont âgées

entre 12 et 14 ans ($\sigma = -$).

Comparaison des adolescents en centre de jour des hôpitaux et des adolescents de l'étude de Santé Québec

Comme on peut l'observer au tableau 49, les adolescents en centre de jour présentent un taux supérieur de troubles de comportements perturbateurs que ceux issus de la population générale du Québec. Ces adolescents ont dans 13,0 % des cas le déficit de l'attention avec hyperactivité, contre 5,1 % des adolescents de l'étude de Santé Québec (Valla et al. (1994). De plus, 25,0 % ont le trouble oppositionnel contre 3,1 % des adolescents provenant de la population générale. Finalement, 38,0 % des adolescents en centre de jour présentent un trouble de conduites contre 0,8 % des adolescents de l'étude de Santé Québec (Valla et al. (1994). Par ailleurs, les adolescents des centres de jour des hôpitaux démontrent une proportion plus élevée de sujets ayant commis des actes agressifs, comparativement aux adolescents issus de la population générale du Québec (56,0 % contre 8,0 %). On peut constater que 89,0 % des adolescents en centre de jour présentent des retards scolaires, contrairement à 27,5 % des adolescents de l'étude de Santé Québec (Valla et al., 1994).

Le groupe de sujets en centre de jour des hôpitaux démontre une proportion plus élevée de familles monoparentales que celui des adolescents issus de la population générale du Québec (44,0 % contre 15,9 %). Seules les mères des deux groupes diffèrent au niveau de l'éducation complétée: trois mères des adolescents en centre de jour sur six ont complété leurs études universitaires contre 14,1 % des mères des adolescents de l'étude de Santé Québec (Valla et al., 1994). On observe un taux supérieur de dépression chez les parents des sujets en centre de jour que chez les parents des adolescents provenant de la population générale du Québec (cinq sur huit comparativement à 21,0 %). Seuls les parents des adolescents de

l'étude de Santé Québec présentent le trouble de l'anxiété généralisée avec un pourcentage de 24,4 % (voir tableau 49).

Tableau 49

Comparaisons des Adolescents en Centre de Jour et des Adolescents Provenant de la Population Générale

Variables	Adolescents en Centre de jour des hôpitaux (n=9)	Adolescents de l'étude de Santé Québec (n=425)
Sujets nés à l'étranger (%)	0,0	3,3
Enfant unique (%)	0,0	10,4
Hyperactivité (%)	13,0	5,1
Trouble oppositionnel (%)	25,0	3,1
Trouble de conduites (%)	38,0	0,8
Comportements agressifs (%)	56,0	8,0
Idéations suicidaires (%)	11,0	4,4
Retard scolaire (%)	89,0	27,5
Mères nées à l'étranger (%)	0,0	9,4
Pères nés à l'étranger (%)	11,0	11,4
Mère a complété 5e secondaire ou moins (%)	50,0	67,6
Mère a complété études collégiales (%)	0,0	21,9
Mère a complété études universitaires (%)	50,0	10,5
Père a complété 5e secondaire ou moins (%)	60,0	63,3
Père a complété études collégiales (%)	20,0	19,0
Père a complété études universitaires (%)	20,0	17,6
Familles monoparentales (%)	44,0	15,9
Dépression des parents (%)	62,5	21,0
Trouble panique ou anxiété généralisée des parents (%)	0,0	24,4

Note. ^a Les adolescents en centre de jour sont âgés en moyenne de 13,62 ans

($\sigma = 0,88$). ^b Les adolescents provenant de la population générale sont âgés

entre 12 et 14 ans ($\sigma = -$).

DISCUSSION

Faits Saillants des Résultats Portant sur les Enfants Traités En Centre de jour et

Leurs Parentés Biologiques

Les enfants traités en centre de jour

Comme dans les autres études portant sur les enfants en difficulté, l'échantillon de ce projet était constitué d'une majorité de sujets masculins. L'échantillon était composé de 37 sujets masculins et de sept participantes. Le ratio de l'étude de Gabel et Shindlecker (1991) menée aux États-Unis auprès des participants en centre de jour, qui comptait environ deux garçons pour chaque fille, était mieux réparti.

On peut constater que plus de la moitié des sujets a un diagnostic autre que les troubles de comportements perturbateurs. Les participants n'ont pas présenté dans de fortes proportions le trouble des conduites (six sur 43). Malgré ce fait, cela n'implique pas que les participants n'ont pas posé des comportements associés à ce syndrome. On a pu observer que 72,7 % des sujets ont commis des actes d'agression contre la personne, 68,0 % ont des problèmes d'inattention et 84,0 % ont des comportements oppositionnels. Le pourcentage des sujets ayant commis des actes d'agression surpasse le taux avancé par Gabel et Shindlecker (1991) concernant un échantillon de sujets provenant des centres de jour. Ces auteurs prétendent que 38,0 % de leurs sujets étaient agressifs comparativement à 72,7 % des participants de la présente étude. On peut supposer que le fait de retrouver des symptômes associés aux troubles de comportements perturbateurs chez les sujets en centre de jour, implique peut-être qu'ils sont à risque de développer un des désordres composant ce syndrome dans le futur.

On a relevé une présence marquée des problèmes de la relation parents-enfants parmi les participants. De plus, un pourcentage élevé de sujets a subi un stress psychosocial grave mentionné à l'axe IV des diagnostics des sujets.

D'autres études ont démontré que les enfants ayant des problèmes de comportements vivent dans des familles où l'on expérimente plus de situations stressantes que dans les familles des enfants n'ayant aucun troubles mentaux (Kazdin & Kagan, 1995; Marsten, Best & Gamerzy, 1991).

En plus de leurs problèmes de comportements, les participants ont démontré des problèmes affectifs. Environ le tiers des sujets a des sentiments négatifs, 31,8 % ont aussi manifesté de l'anxiété et finalement près de la moitié des participants ont tendance à s'isoler.

Les participants des centres de jour semblent être des cas sérieux si l'on considère que tous les sujets ont deux raisons de consultations ou plus. Ces difficultés proviennent de plusieurs dimensions: problèmes affectifs, comportements antisociaux et difficultés académiques.

Les participants ont démontré de nombreux retards du développement cognitif, surtout le groupe des garçons. Ces derniers ont présenté une forte proportion de délais des habiletés motrices grossières et fines et du degré d'autonomie atteint. D'autres chercheurs ont soutenu que les enfants ayant des troubles de comportements sont sujets à démontrer des retards du fonctionnement cognitif (Shapiro et Hynd, 1993; Lewis et al., 1979).

On remarque également que les sujets masculins ont un taux important de maladies physiques. Parmi ces maladies on rapporte le plus souvent des malformations, des otites ou des blessures à la tête.

Troubles mentaux chez les parents

On doit noter une présence élevée des troubles mentaux graves chez les parents des sujets. Presque la totalité de ces désordres se retrouvait chez les mères. De plus, les trois quarts de troubles mentaux graves étaient des cas de dépression. Ces résultats concordent avec certaines études qui ont démontré un lien entre la dépression chez les parents et les troubles de comportements perturbateurs chez leurs enfants (Brown & Pacini, 1989; Cytyrn et al., 1986; Weissman, 1988). Cependant, d'autres auteurs soulignent que les enfants de parents ayant la dépression ne sont pas à risque de développer spécifiquement des troubles de comportements perturbateurs (Downey & Coyne, 1990; Rutter, 1990).

On n'a observé qu'une faible proportion des pères ont un dossier criminel et aucun n'a le trouble de la personnalité antisociale. Ces évidences sont en contradiction avec les conclusions de Lahey, Piacentini et al. (1988) qui affirment que les pères des enfants ayant des troubles de comportements perturbateurs ont fréquemment le trouble de la personnalité antisociale associé à des comportements criminels. Cependant, ces résultats peuvent avoir été influencés par la taille de notre échantillon et les valeurs manquantes.

À ces troubles mentaux graves s'ajoute la dépendance des parents à l'alcool et aux drogues. En effet, on a pu constater que 18,0 % avaient des problèmes d'alcool et 11,0 % abusaient des drogues. L'étude de Reich et al. (1993) confirme ce résultat. Ces auteurs prétendaient que les parents des enfants qui ont des problèmes de comportement, ont plus souvent des problèmes d'alcoolisme que ceux des enfants n'ayant pas de troubles mentaux.

On note également qu'une forte proportion de parents ont utilisé les services médicaux. On constate que plus de la moitié de ces consultations était reliées à la santé mentale des parents. De plus, près d'un tiers des parents ont reçu une prescription de médicaments suite à des problèmes psychologiques.

Autres caractéristiques des parents

On a pu remarquer que peu de parents sont bénéficiaires de l'aide sociale. D'autres études comme celles de Toupin et al. (1995) indiquent plutôt que les enfants ayant des troubles de comportements perturbateurs proviennent de familles ayant un faible niveau socio-économique. Toutefois, le fait que les familles ne soient pas bénéficiaires de l'aide sociale n'exclut pas les ennuis financiers.

La moitié des familles des participants est de type monoparental. Ce n'est pas étonnant puisque plus de la moitié des couples a connu des conflits maritaux. Quelques recherches ont démontré que ces conflits sont présents dans les familles des enfants ayant des problèmes de comportements (Jenkins & Smith, 1991; Amato & Keith, 1991).

Les parents des sujets présentent de nombreux déficits en ce qui concerne les habiletés parentales. Ces déficits concernent la responsabilité parentale (implication auprès de l'enfant) et de la discipline (limites appropriées). Ces résultats sont en accord avec les études portant sur les stratégies parentales inadéquates des parents des enfants ayant des troubles extériorisés (Toupin et al., 1995; Frick et al., 1992; Loeber & Stouhammer-Loeber, 1986).

On dénombre quatre cas de négligence (trois abus physiques et un abus sexuel) commis par les parents des sujets traités en centre de jour. Ces résultats sont contraires aux conclusions des auteurs Gabel et Shindledecker (1991) qui

affirmaient que les sujets en centre de jour aux États-Unis sont souvent victimes de négligence de la part de leurs parents. Ceci indique peut-être la présence d'une caractéristique parentale particulière aux familles québécoises.

Troubles mentaux chez la parenté biologique des enfants traités en centre de jour

On a relevé une prévalence élevée de troubles mentaux graves chez la parenté biologique des participants. Sur les 33 familles des sujets dont l'information concernant la santé mentale de la parenté était disponible, 21 avaient au moins un membre ayant un trouble mental grave. Ces résultats confirment les données de la littérature existante qui soutiennent qu'il y a une agrégation des troubles mentaux dans un nombre limité de familles (Gottesman & Shields, 1982; Kendler et al., 1992).

Par ailleurs, 24 familles des sujets présentaient au moins un membre de la parenté abusant de l'alcool. Cependant, un faible taux de participants avait au moins un membre de leur parenté biologique qui abuse des drogues.

On a constaté que plus du tiers des sujets avaient au moins un membre de leur parenté biologique qui a consulté pour un motif de santé mentale. De plus, 41,0 % des sujets ont au moins un membre de leur parenté biologique ayant reçu une prescription de médicaments reliée à leurs problèmes psychologiques.

Les liens entre les troubles mentaux des parents et les caractéristiques des enfants

On a pu observer que très peu de tests du Khi-deux effectués ont donné des résultats significatifs. La présence ou l'absence de troubles mentaux chez les pères semblent être en association significative avec les délais du degré d'autonomie atteint par les sujets masculins ($\chi^2=5,5$, $p=0,019$). Lorsqu'on a inclus tous les participants ainsi que les troubles mentaux des deux parents, il

semble aussi exister un lien significatif entre la condition des parents et le degré d'autonomie atteint par les sujets ($\chi^2=5,2$, $p=0,022$).

L'autre lien relevé par les analyses statistiques concerne la présence et l'absence des troubles mentaux chez les pères et les problèmes affectifs qui comprennent l'anxiété et les sentiments négatifs de tous les participants du projet ($\chi^2=3,9$, $p=0,048$). On peut constater que les problèmes affectifs des participants sont les seuls troubles mentaux à être en association avec la condition des parents. L'absence de liens significatifs entre les troubles mentaux des parents, notamment la dépression et la présence de troubles de comportements perturbateurs chez leurs enfants, semble donc confirmer la position de Downey et Cone (1990) et Rutter (1990). Ces auteurs soutenaient que les enfants de parents ayant la dépression ne sont pas à risque de développer spécifiquement des troubles de comportements perturbateurs.

Il est à noter que le fait de ne pas avoir trouvé de liens entre les troubles des parents et les caractéristiques des sujets féminins est en soi peu surprenant, étant donné le faible pouvoir statistique que nous conférait ce groupe de seulement sept sujets.

Faits Saillants Des Comparaisons Avec Les Enfants En Centre De Jour Et Les

Enfants Des Centre de Jeunesse

Comparaisons des enfants en centre de jour et des enfants placés à l'interne des

CRJDA

Les enfants placés à l'interne présentaient un taux supérieur de troubles de comportements perturbateurs. La différence la plus importante était au niveau des troubles de conduites, où seuls les sujets du groupe placés à l'interne

des centres de jeunesse étaient atteints de ce désordre. Cependant, les trois quarts des sujets de chaque groupe ont commis des actes agressifs. De plus, les enfants traités en pédopsychiatrie ont un taux supérieur de problèmes de comportements à celui des enfants placés dans les centres de jeunesse. Il faut mentionner que tous les enfants en centre de jour présentaient au moins deux problèmes à leur arrivée contrairement à 12,5 % des enfants placés à l'interne qui n'en avaient qu'un.

Ce résultat démontre la gravité des cas des enfants traités en centre de jour, qui ont des comportements similaires à un groupe d'enfants vivant des difficultés nécessitant un placement à l'intérieur d'un établissement spécialisé en réadaptation.

On a pu remarquer que les parents des enfants en centre de jeunesse connaissent nettement plus de difficultés que les parents d'enfants en centre de jour. Presque la totalité des enfants placés en centre de jeunesse ont des problèmes dans les relations avec leurs parents comparativement à un tiers des enfants traités en centre de jour. Il y avait trois fois plus de cas de dépression chez les parents des enfants placés à l'interne des CRJDA que ceux des enfants en centre de jour des hôpitaux. On a également observé que plus de la moitié des parents des enfants placés en centre de jeunesse étaient bénéficiaires de l'aide sociale contre moins d'un parent sur dix du côté des parents des enfants traités en centre de jour.

Comparaison entre les enfants en centre de jour et les enfants suivis à l'externe des CRJDA

On a observé que les enfants suivis à l'externe des centres de jeunesse ont aussi plus de troubles de comportements perturbateurs que ceux traités en centre

de jour. Ces derniers ont cependant présenté un taux supérieur d'actes agressifs et de problèmes de comportement.

Le groupe d'enfants suivis en services externes des centres de jeunesse a plus de parents souffrant de la dépression et du trouble d'anxiété que les enfants traités en centre de jour. Près des deux tiers des parents des enfants suivis à l'externe des CRJDA sont bénéficiaires de l'aide sociale comparativement à 9,0 % des parents des enfants traités en centre de jour.

En résumé, les deux groupes d'enfants ne vivent pas la même situation tant au niveau personnel que familial. Cependant, les différences entre les deux groupes sont moins importantes qu'avec celles impliquant les enfants en centre de jour et ceux placés à l'interne des CRJDA.

Comparaisons des adolescents en centre de jour et des adolescents placés à l'interne des CRJDA

Aux niveaux des troubles de comportements perturbateurs, les adolescents en centre de jour ont un taux supérieur du trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité, alors que les adolescents placés à l'interne des centres de jeunesse ont plus de troubles oppositionnels avec provocation.

On observe que les adolescents en centre de jour ont un taux inférieur de parents avec au moins un trouble mental, comparativement aux adolescents placés à l'interne des CRJDA. Par contre, les adolescents en centre de jour vivent plus fréquemment à l'intérieur de familles monoparentales que les adolescents placés à l'interne des centres de jeunesse.

On peut donc constater que les différences entre les deux groupes n'étaient pas considérables, ce qui contraste avec les comparaisons réalisées entre les enfants des deux établissements.

Comparaisons des adolescents en centre de jour et des adolescents suivis en services externes des CRJDA

On a pu remarquer que les adolescents en centre de jour présentent plus de troubles de déficit avec hyperactivité que les adolescents suivis en services externes. Cependant, ces derniers ont un taux supérieur de troubles oppositionnels avec provocation que les adolescents en centre de jour.

Les deux groupes ont un taux similaire de parents ayant au moins un trouble mental. Par contre, les adolescents en centre de jour vivent plus souvent dans des familles monoparentales que les adolescents suivis en services externes des CRJDA.

Le profil des deux groupes comporte encore une fois des différences moins considérables que les comparaisons effectuées entre les groupes d'enfants des deux établissements.

Faits Saillants Des Comparaisons Entre Les Enfants Traités En Centre De Jour Et Les Enfants Provenant De La Population Générale

Comparaisons des filles en centre de jour et des filles de l'étude de Santé Québec

Seulement deux filles traitées en centre d'accueil ont été comparées à l'échantillon de filles provenant de la population générale. Néanmoins, on peut constater qu'aucune des filles en centre de jour n'a présenté des troubles de comportements perturbateurs contrairement à 4,1 % des filles provenant de la population générale qui ont le déficit de l'attention avec hyperactivité et 1,4 % ayant le trouble oppositionnel.

On a observé que les filles en centre de jour ont un taux similaire de parents ayant la dépression à celui des filles de la population générale. Par contre, aucune des filles en centre de jour n'a des parents ayant un trouble

d'anxiété, comparativement à 21,5 % des filles de l'étude de Santé Québec (Valla et al, 1994).

Comparaisons des garçons en centre de jour et des garçons de l'étude de Santé Québec

On constate que les garçons en centre de jour ont un taux supérieur des troubles oppositionnels et du déficit de l'attention avec hyperactivité à celui des garçons issus de la population générale. On peut remarquer que près de dix fois plus de garçons en centre commettent des actes agressifs que les garçons de l'étude de Santé Québec (Valla et al., 1994).

Plus du tiers des garçons sont dans des familles monoparentales, contrairement à 12,9 % des garçons provenant de la population générale. Les deux groupes présentent une proportion similaire de parents ayant la dépression. Cependant, on note que les garçons en centre de jour ont quatre fois moins de parents ayant un trouble d'anxiété que les enfants issus de la population générale.

On constate donc que les garçons connaissent plus de difficultés au niveau de leur santé mentale que ceux issus de la population générale. Par contre, les parents de ces garçons en centre de jour ne semblent pas présenter plus de troubles mentaux que ceux de l'étude de Santé Québec (Valla et al., 1994).

Comparaison entre les adolescents en centre de jour et les adolescents de 12 à 14 ans de l'étude de Santé Québec

Les adolescentes ont une proportion supérieure de troubles de conduites à celle des adolescentes de l'étude de Santé Québec (Valla et al., 1994). De plus, les adolescentes en centre de jour ont posé plus de gestes agressifs et ont présenté un taux supérieur d'idéations suicidaires que les adolescentes de la population

générale. Elles démontrent aussi un pourcentage supérieur de retard scolaire, comparativement aux adolescentes provenant de la population générale.

Fait à noter, les parents des adolescentes en centre de jour sont plus fréquemment atteints de la dépression que les adolescentes de l'étude de Santé Québec (Valla et al., 1994). Ces dernières ont toutefois plus de parents ayant un trouble d'anxiété que les adolescentes traitées en centre de jour. Par ailleurs, on observe que les adolescentes en centre de jour vivent plus souvent à l'intérieur de familles monoparentales que les adolescentes provenant de la population générale.

Comparaisons entre les adolescents traités en centre de jour et les adolescentes issues de la population générale

On constate que les adolescentes en centre de jour ont présenté un taux supérieur de troubles de comportements perturbateurs comparativement aux adolescents provenant de la population générale. De plus, le groupe d'adolescents en centre de jour démontre un taux supérieur d'actes d'agression, de retards scolaires que les adolescents provenant de la population générale.

Les parents des adolescents en centre de jour sont plus fréquemment atteints de la dépression que les parents des adolescents de l'étude de Santé Québec (Valla et al., 1994). Par contre, les parents des adolescents en centre de jour n'ont pas présenté de troubles d'anxiété contrairement à un parent sur cinq des adolescents de la population générale.

Portée scientifique et pratique du projet

Cette étude a eu pour objectif de fournir des renseignements sur une population qui n'était pas très documentée dans la littérature. Qui plus est, ce projet a tenté d'évaluer la condition des enfants traités en centre de jour en les

comparant avec une autre population clinique (celle des centres de jeunesse) et les enfants provenant de la population générale.

Ceci est important, car au Québec, peu d'études ont porté sur la situation des enfants présentant de graves difficultés. On ne sait pas encore ce qui cause les problèmes de comportements chez les enfants, mais des études comme la nôtre permettent de supposer un lien avec l'environnement familial des enfants. En effet, cet exercice a permis de mettre en relief la gravité des cas des enfants et de leurs familles. Les enfants ont de nombreux problèmes personnels, physiques et sociaux, alors que leurs parents présentent un taux important de troubles mentaux et de lacunes concernant les stratégies parentales.

Les parents des enfants en centre de jour ont ainsi démontré de la vulnérabilité personnelle et de la difficulté à composer avec leurs responsabilités parentales, ce qui implique qu'ils doivent également recevoir de l'aide. Il faudrait donc adopter une vision multidimensionnelle en intégrant davantage les parents à l'intérieur des traitements des enfants en difficultés.

En dernier lieu, il faut souligner l'importance de ce type d'étude pour l'avenir de ces enfants. L'acquisition de nouvelles connaissances va peut-être permettre d'élaborer des traitements plus efficaces pour ces jeunes. En effet, en l'absence de services adéquats ces enfants sont voués à un futur des plus incertains: troubles mentaux, toxicomanies, pauvreté et isolement.

Forces et Limites de la Présente Étude

Forces du projet de recherche

Une des forces de ce projet de recherche est la cueillette d'informations portant sur un éventail de caractéristiques personnelles des enfants allant de leur santé mentale et physique à leur environnement familial. Ceci avait pour but d'éviter

les failles d'études présentes dans la littérature, qui ne concentrent généralement que sur une ou deux variables. Comme on a pu le constater, une approche réductionniste ne serait pas judicieuse, vu la multitude de facteurs qui entrent en jeu dans le développement des enfants.

L'inclusion d'un objectif visant à décrire la parenté biologique constitue également un point fort de la présente étude. La majorité des recherches ne visent pas à décrire la condition de la parenté, ce qui peut théoriquement empêcher la découverte d'évidences pouvant mieux expliquer le phénomène des enfants qui éprouvent des difficultés au cours de leur développement. L'exercice nous a permis de constater qu'au delà de la famille immédiate, la parenté élargie connaît aussi des ennuis.

Limites et failles méthodologiques de la présente étude

La taille de l'échantillon

L'échantillon a été composé de peu de sujets féminins et de participants dans les groupes d'adolescents. Il fut donc difficile d'établir des comparaisons entre les groupes de sujets traités en centre de jour. Par conséquent, la validité de la description de l'échantillon provenant de la population d'enfants traités en centre de jour des hôpitaux a été diminuée.

Le faible nombre de sujets est venu influencer les calculs statistiques visant à établir des liens entre les troubles mentaux des parents et de la parenté biologique et les caractéristiques des enfants. En effet, plus le nombre de participants est petit, plus la puissance statistique des tests diminue. C'est ce qui explique peut-être que la majorité des calculs statistiques effectués n'ont pas démontré de liens significatifs entre les troubles mentaux des parents et les caractéristiques des enfants.

Les sources d'informations

La cueillette des données sur les parents et la parenté biologique des participants a reposé sur un seul informateur (généralement la mère). Par conséquent, ces données peuvent être d'une validité douteuse et empreintes de subjectivité. En effet, les informations obtenues dépendent trop de la mémoire des mères des sujets, et la qualité des renseignements sur les pères des sujets peut souffrir du fait des conflits antérieurs, ou de la perte de contact en cas de divorce.

Les instruments utilisés dans ce projet

L'absence d'outils de mesure standardisés amenuise la qualité des données portant sur des variables comme les déficits des habiletés parentales, les conflits conjugaux ou troubles mentaux dans la parenté. Ces données proviennent des rapports des parents lors des entrevues avec les thérapeutes, ou lors des consultations avec leurs enfants. On ne peut donc pas avoir de contrôle sur la fidélité et la validité des informations contenues dans les rapports des interviews menées auprès des parents.

Les valeurs manquantes

On a observé qu'il y avait trop de valeurs manquantes, plus particulièrement sur les données portant sur les parents et sur la parenté biologique des sujets. Il faut donc mettre en perspective les résultats obtenus, car on ne peut prouver que la connaissance de ces valeurs manquantes n'aurait pas pu altérer significativement la description des parents et de la parenté élargie des sujets traités en centre de jour.

Implications pour les recherches futures

On doit chercher à évaluer et à analyser les traitements existants au Québec, afin d'y apporter des correctifs qui pourraient s'imposer suite à l'acquisition de nouvelles connaissances au sujet des enfants en difficultés. Il faudrait également se renseigner sur le type de traitements disponibles à chaque catégorie d'établissements au Québec, et juger de la pertinence de l'appliquer aux autres services offerts aux enfants ayant des problèmes de comportements.

Par ailleurs, on devrait analyser les causes pouvant expliquer la différence de cheminement entre les enfants en difficultés qui se retrouvent en centre de jour et ceux suivis dans les centres de jeunesse.

Les recherches sur la parenté des enfants présentant des troubles de comportements perturbateurs doivent continuer, car on ne connaît pas suffisamment les mécanismes expliquant l'interaction possible entre la condition des parents et la santé mentale de leurs enfants.

La poursuite des recherches sur les sujets féminins doit s'accroître. Cela permettrait de découvrir des différenciations sexuelles au niveau de l'étiologie des troubles de comportements perturbateurs. À ce moment, il est difficile de tracer une description valide des filles à cause de leur nombre insuffisant.

Il serait important d'effectuer des études longitudinales, afin d'observer si les comportements inadéquats des sujets en centre de jour sont stables ou non dans le temps. Il serait intéressant d'évaluer ces deux paramètres: le degré de scolarisation complété par les sujets, et les emplois qu'ils occupent.

Les études longitudinales pourraient avoir comme objectif de chercher à découvrir si les troubles de comportements perturbateurs sont en fait une phase

transitoire débouchant vers des troubles mentaux plus sérieux. Ces recherches auraient donc un caractère développemental visant à mieux comprendre le cheminement des individus de l'enfance jusqu'à l'âge adulte.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical manual of mental disorder (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Caspi, A., Elder, G. H., & Herbenger, E. S. (1990). Childhood personality and the predictions of life-course patterns. In Lee n. Robbins & Michael Rutter (Eds.), Straight and devious pathways from childhood to adulthood (pp. 13-35). New York: Cambridge University Press.
- Campbell, S. B. (1997). Behavior Problems in Preschool children. In T. H. Ollendick & R. J. Prinz (Eds.), Advances in clinical child psychology (Vol. 19) (pp. 203-226). New York: Plenum Press.
- Corinne, D., Steele, R., Forehand, R., & Armistead, L. (1996). The Role Family Conflict and Marital Conflict in Adolescent Functioning. Journal of Family Violence, 11 (1), 81-91.
- Fergusson, D. M., & Lynskey, M. T. (1993). The effects of maternal depression on child conduct disorder and attention deficit behaviors. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 28, 116-123.
- Frick, P. J. (1994). Family dysfunction and the disruptive behavior disorders: A review of recent empirical findings. In T. H. Ollendick & R. J. Prinz (Eds.), Advances in clinical child psychology (Vol. 16) (pp. 203-226). New York: Plenum Press.
- Frick, P. J. (1993). Childhood Conduct Problems In A Family Context. School Psychology Review, 3, 376-395.
- Frick, P. J., Lahey, B. B., Christ, M. A. G., Loeber, R., & Green, S. M. (1991). History of Childhood Behavior Problem in Biological Relatives of Boys with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Conduct Disorder. Journal of Clinical Child Psychology, 20 (4), 445-451.
- Frick, P. J., Lahey, B. B., Loeber, R., Sthouthamer-Loeber, M., Christ, M. A. G., & Hanson, K. (1992). Familial risk factors to oppositional disorder and conduct disorder: Parental Psychopathology and Maternal Parenting. Journal of clinical psychology, 60, 49-55.
- Gabel, S. T., & Shindlecker (1991). Aggressive Behavior in Youth: Characteristics, Outcome, and Psychiatric Diagnoses. Journal of the American Academy and Adolescent Psychiatry, 30 (6), 982-988.

Gould, M. S., Shaffer, D., & Davies, M. (1990). Truncated pathways from childhood to adulthood: Attrition in follow-up studies due to death. In Lee n. Robbins & Michael Rutter (Eds.), Straight and devious pathways from childhood to adulthood (pp. 3-9). New York: Cambridge University Press.

Hodgins, S. (1995). Une Recension des Écrits Portant Sur Les Troubles Mentaux Graves. Québec: Université de Montréal, Département de Psychologie.

Jenkins, J. M., & Smith, M. A. (1991). Marital Disharmony and Children's Behavior Problems: Aspects of a Poor Marriage that Affects Children Adversely. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 32 (5), 793-810.

Jouriles, E. N., Norwood, W. D., McDonald, R., Vincent, J. P., & Mahoney, A. (1996). Physical Violence and Other Forms of Marital Aggression: Links With Children's Behavior Problems. Journal of Family Psychology, 10 (2), 223-234.

Lahey, B. B., Loeber, R., Zang, Q., Green, S. M., Russo, M. F., Hart, E. L., Frick, P. J., & Applegate, B. (1995). Four-year longitudinal study of conduct disorder in boys: Patterns of and predictors of persistence. Journal of Abnormal Psychology, 104, 83-93.

Lahey, B. B., Piacentini, J. C., McBurnett, K., Stone, P., Hartdagen, S., & Hynd, G. (1988). Psychopathology in the parents of children with conduct disorder and hyperactivity. Journal of the American Academy and Adolescent Psychiatry, 27, 163-170.

Mann, B. J., & MacKenzie, E. P. (1996). Pathways Among Marital Functioning, Parental Behaviors, and Child Behavior Problems in School-age Boys. Journal of Clinical Child Psychology, 25 (2), 183-191.

McIntyre, A., & Kessler, T. Y. (1986). Psychological Disorders Among Foster Children. Journal of Clinical Child Psychology, 15 (4), 297-303.

Offord, D. R., & Bennet, K. J., (1994). Conduct disorder: Long-term outcomes and intervention effectiveness. Journal of the American Academy and Adolescent Psychiatry, 33 (8), 1069-1078.

Oyserman, D., Benbenishty, R., & Ben-Rabi, D. (1992). Characteristics of Children and Their Families at Entry into Foster Care. Child Psychiatry and Human Development, 22 (3), 199-211.

Pauzé, R., Toupin, J., Déry, M., & Hotte, J. P. (1996). Étude des caractéristiques sociofamiliales et personnelles associées au placement d'enfants en centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation dans la région de Montréal. Montreal, Qc: Programmes de subventions pour projets d'interventions, d'études et d'analyse en santé communautaire.

Reich, W., Earls, F., Frankel, O., & Shayka, J. J. (1993). Psychopathology in Children of Alcoholics. Journal of the American Academy and Adolescent Psychiatry, 32 (5), 995-1002.

Robbins, L. N., & McEvoy, L. (1990). Conduct problems as predictors of substance abuse. In Lee n. Robbins & Michael Rutter (Eds.), Straight and devious pathways from childhood to adulthood (pp. 182-204). New York: Cambridge University Press.

Schachar, R., & Wachsmuth, R. (1990). Hyperactivity and parental psychopathology. Journal of Clinical Child Psychology and Psychiatry, 31, 381-392.

Short, R. J., & Shapiro, S. K. (1993). Conduct Disorders: A Framework For Understanding And Intervention In Schools And Communities. School Psychology Review, 3, 362-375.

Toupin, J., Déry, M., Pausé, R., Fortin, L., & Mercier, H. (1995, october). Social and psychological correlates of conduct disorder in children. Poster presented at the 42nd Annual meeting of the American Academy and Adolescent Psychiatry, New-Orleans, Louisiana.

Valla, J. P., Breton, J. J., Bregeron, L., Gaudet, N., Berthiaume, C., Saint-Georges, M., Daveluy, C., Tremblay, V., Lambert, J., Houde, L., & Lépine, S. . Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans 1992. Rapport synthèse. Hôpital Rivière-Des-Prairies et Santé Québec, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services Sociaux, gouvernement du Québec, 1994.

Appendice A

Tableau 1

Pourcentages Ayant Reçu des Services d'un Professionnel Formé en SantéMentale à L'école et/ou à L'extérieur de L'école (au cours des six derniers mois)Parmi Ceux qui Présentent au moins un Trouble Mental

	Sexe	6 à 8 ans	9 à 11 ans	12 à 14 ans
Consultation d'un professionnel formé en santé mentale	Garçons (%)	36,9	34,1	21,7
	Filles (%)	15,0	23,0	16,4

Note. Enfants de 6 à 8 ans, $n=760$. Enfants de 9 à 11 ans, $n=816$. Source: Enquête

québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans 1992 (p.104), Valla et Al., en

collaboration avec le ministère de la Santé et Services Sociaux, 1994.

Tableau 2

Pourcentages des Enfants et des Adolescents de 6 à 14 Ans Ayant Reçu desServices à L'extérieur de L'école (au Cours des Six Derniers Mois) Selon lesLieux de Consultation

Lieux de consultation	6 à 8 ans (%)	9 à 11 ans (%)	12 à 14 ans (%)
Bureau Privé	2,1	2,7	1,9
Clsc	1,2	0,5	1,2
Clinique ou Service Externe d'un Centre Hospitalier	0,8	0,2	0,7
Urgence d'un centre hospitalier	0,4	0,1	1,1
Service externe de psychiatrie d'un centre hospitalier	0,8	0,2	0,7
Centre des services sociaux	0,6	0,3	0,4
Centre d'écoute téléphonique	0,4	0,2	0,2
Bureau de consultation jeunesse			0,2
Centre d'accueil		0,2	0,1
Autres	0,5	0,2	0,1

Note. Enfants de 6 à 8 ans, $n=760$. Enfants de 9 à 11 ans, $n=816$.

Adolescents de 12 à 14 ans, $n=825$. Source: Enquête québécoise

sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans 1992 (p.104), Valla et Al., en

collaboration avec le ministère de la Santé et Services Sociaux, 1994.

Tableau 3

Prévalences des Troubles de Comportements Perturbateurs

	Garçons			Filles		
	Selon les enfants	Selon les parents	Selon les professeurs	Selon les enfants	Selon les parents	Selon les professeurs
tc (%)	2,4	0,6	1,3	1,3	0,1	0
hyp (%)	6,2	8,4	12,7	1,7	3,1	5,1
to (%)	6,9	3,8	3,4	2,4	1,6	0,5

Note. prévalences proviennent de L' Etude de Santé Québec, Valla et al. (1994).

tc= trouble de conduites; hyp= hyperactivité; to= trouble d'opposition.

Tableau 4

Prévalences des Troubles de Comportements Perturbateurs

Troubles de Comportements Perturbateurs	Garçons (%)	Filles (%)
Trouble de conduites	6 à 16	2 à 9
Hyperactivité	3 à 5 ^a	-
Trouble d'opposition	2 à 4 ^a	-

Note. Source: DSM-IV (p. 82, 88, 92), (APA, 1994). ^a = sexes non-déterminés.

Appendice B

Fiche D'histoire de Consultation en Pédopsychiatrie

A PRELIMINARY STUDY OF MENTAL DISORDER AMONG THE PARENTS
OF CHILDREN RECEIVING MENTAL HEALTH SERVICES

INFORMATION ON CHILD
IN DAY CENTER TREATMENT

Subject number _____

Sex: male _____ female _____

Date of birth _____/_____/_____
 Y M D

Place of birth _____

Date of admission to Day Centre: _____/_____/_____
 Y M D

Reason for admission: _____

Diagnoses: _____

Psychological tests administered:

Name of test _____ Date completed $\frac{\quad}{Y} / \frac{\quad}{M} / \frac{\quad}{D}$

Results: _____

Psychological tests administered:

Name of test _____ Date completed $\frac{\quad}{Y} / \frac{\quad}{M} / \frac{\quad}{D}$

Results: _____

Psychological tests administered:

Name of test _____ Date completed $\frac{\quad}{Y} / \frac{\quad}{M} / \frac{\quad}{D}$

Results: _____

Neurological tests administered:

Name of test _____ Date completed $\frac{\quad}{Y} / \frac{\quad}{M} / \frac{\quad}{D}$

Results: _____

Neurological tests administered:

Name of test _____ Date completed $\frac{\quad}{Y} / \frac{\quad}{M} / \frac{\quad}{D}$

Results: _____

Medical problems: yes _____ no _____

If yes, specify _____

Appendice C

Fiche des Caractéristiques Parentales des Enfants Traités dans les Centres de Jour en Pédopsychiatrie

A PRELIMINARY STUDY OF MENTAL DISORDER AMONG THE PARENTS
OF CHILDREN RECEIVING MENTAL HEALTH SERVICES

INFORMATION ON THE PARENTS

BIOLOGICAL MOTHER

Subject number _____

Date of birth _____ / _____ / _____
 Y M D

Date form completed _____ / _____ / _____
 Y M D

Birth place _____

Elementary schooling completed: In Canada _____

 Elsewhere _____

Diplomas or level of education: _____

Occupation _____

Criminal record: yes _____ no _____

Presently living with the index child: yes _____ no _____

A PRELIMINARY STUDY OF MENTAL DISORDER AMONG THE PARENTS
OF CHILDREN RECEIVING MENTAL HEALTH SERVICES

INFORMATION ON THE PARENTS

BIOLOGICAL FATHER

Subject number _____

Date of birth / /
 Y M D

Date form completed / /
 Y M D

Birth place _____

Elementary schooling completed: In Canada _____

 Elsewhere _____

Diplomas or level of education: _____

Occupation _____

Criminal record: yes _____ no _____

Presently living with the index child: yes _____ no _____

Appendice D

Grille de Rencension des Troubles Mentaux Parmi la Famille Élargie des Enfants

**A PRELIMINARY STUDY OF MENTAL DISORDER AMONG THE RELATIVES
OF CHILDREN RECEIVING MENTAL HEALTH SERVICES**

NAME _____ CHILD IN DAY TREATMENT _____

Before beginning carefully study the final page of this questionnaire. In asking all of these questions you are trying to find out if either parent or other relatives of the child may have, or have had, one of the mental disorders listed. If there is a positive response to any of the questions, attempt to ascertain the type of mental disorder by asking for diagnosis, or for descriptions of behaviours and symptoms of schizophrenic disorders, major affective disorders (depression, manic-depression), minor depressions and anxiety disorders, substance abuse, personality disorders, others to be specified.

I am going to ask you some questions about psychological problems and treatment that you, the other biological parent of your child, and your relatives may have or have had in the past.

a) Do you have now, or have you had in the past, psychological problems for which you had to be hospitalized?

yes _____ no _____

If yes, specify what, when, treatment, duration _____

b) Do you have now, or have you had in the past, psychological problems for which you had to take medication?

yes _____ no _____

If yes, specify what, when, treatment, duration _____

c) Do you have now, or have you had in the past, psychological problems for which you sought professional help?

yes _____ no _____

If yes, specify what, when, treatment, duration _____

d) Have you ever tried to kill yourself?

yes _____ no _____

If yes, specify when and why _____

a) Does the other biological parent of your child have now, or has he/she had in the past, psychological problem for which he/she had to be hospitalized?

yes _____ no _____

If yes, specify what, when, treatment, duration _____

b) Does the other biological parent of your child have now, or has he/she had in the past, psychological problems for which he/she took medication?

yes _____ no _____

If yes, specify what, when, treatment, duration _____

c) Does the other biological parent of your child have now, or has he/she had in the past, psychological problems for which he/she sought professional help?

yes _____ no _____

If yes, specify what, when, treatment, duration _____

d) Has the other biological parent of your child ever attempted to kill him/herself?

yes _____ no _____

If yes, specify when and why _____

a) Does any one of your relatives have now, or has had in the past, psychological problems for which he/she had to be hospitalized?

yes _____ no _____

If yes, specify who (first name only and relationship), what, when, treatment, duration

b) Does any of your relatives have now, or has had in the past, psychological problems for which he/she took medication?

yes _____ no _____

If yes, specify who (first name only and relationship), what, when, treatment, duration

c) Does any one of your relatives have now, or has had in the past, psychological problems for which he/she sought professional help?

yes _____ no _____

If yes, specify who (relationship), what, when, treatment, duration

d) Has anyone of your relatives tried to kill him/herself?

yes _____ no _____

If yes, specify who (relationship), what, when, treatment, duration

a) Does any one of the relatives of the other biological parent of your child have now, or has had in the past, psychological problems for which he/she had to be hospitalized?

yes _____ no _____

If yes, specify who (relationship), what, when, treatment, duration

b) Does any one of the relatives of the other biological parent of your child have now, or has had in the past, psychological problems for which he/she took medication?

yes _____ no _____

If yes, specify who (relationship), what, when, treatment, duration

c) Does any one of the relatives of the other biological parent of your child have now, or has had in the past, psychological problems for which he/she sought professional help?

yes _____ no _____

If yes, specify who (relationship), what, when, treatment, duration

d) Has any one of the relatives of the other biological parent of the child ever attempted to kill him/herself?

yes _____ no _____

If yes, specify who (relationship), what, when, treatment, duration

Now I will ask you some questions regarding alcohol.

a) How much alcohol have you consumed during the last week?

b) How many times did you get drunk during the last 12 months?

c) Are you now, or have you ever been treated for abuse problems?

yes _____ no _____

If yes, specify when, where, duration _____

d) Does any one of your relatives have, or has had in the past, alcohol problems?

yes _____ no _____

If yes, specify who (relationship) _____

a) According to you, how much alcohol has the other biological parent of your child consumed during the last week? _____

b) According to you, how many times has the other biological parent of your child gotten drunk during the past 12 months? _____

c) According to you, has the other biological parent of your child ever been treated for abuse problems?

yes _____ no _____

If yes, specify when, where, duration _____

d) According to you, does any one of the relatives of the other biological parent have, or has had alcohol problems?

yes _____ no _____

If yes, specify who (relationship) _____

Have you taken drugs or medication during the past 12 months?

yes _____ no _____

If yes, what, how much, frequency _____

According to you, has the other biological parent of your child taken drugs or medication during the past 12 months?

yes _____ no _____

If yes, what, how much, frequency _____

**A PRELIMINARY STUDY OF MENTAL DISORDER AMONG THE PARENTS
OF CHILDREN RECEIVING MENTAL HEALTH SERVICES**

questionnaire is to be completed by therapists treating families of children in a day treatment
e. The questionnaire is to be completed once you feel you have established an alliance with
parents that allows you to collect complete and accurate information about mental disorders
ng them and their relatives.

ital _____ Therapist _____

's Name _____ File no _____

For this project, we will use the following categories:

schizophrenia Spectrum Disorders: schizophrenia, schizophreniform disorder, paranoid disorder
schizotypal personality disorder.

Major Affective Disorders include: major depression and bipolar disorder.

Major Affective Disorders and Anxiety Disorders include: dysthymia, depressive disorder,
all anxiety disorders.

Substance Abuse: all alcohol and other drug use disorders.

Personality Disorders: all disorders noted in the DSM-IV.

	SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDER	MAJOR AFFECTIVE DISORDER	NON-MAJOR AFFECTIVE AND ANXIETY DISORDER	SUBSTANCE ABUSE	PERSONALITY DISORDER	OTHER (to be specified)
biological mother						
mother's sister 1						
sister 2						
sister 3						
sister 4						
sister 5						
mother's brother 1						
brother 2						
brother 3						
brother 4						
brother 5						
mother's mother						
mother's father						
mother's aunts*						
mother's uncles*						
biological father						
father's sister 1						
sister 2						
sister 3						
sister 4						
sister 5						
father's brother 1						
brother 2						
brother 3						
brother 4						
brother 5						
father's mother						
father's father						
father's aunts*						
father's uncles*						

If there are any disorders among all aunts and all uncles indicate which disorders.

Thank you so much. We will provide you with a report of the aggregated results. Please leave completed questionnaire in an envelope for Carl Giguère with your receptionist.