

# Prévalence des prescriptions psychopharmacologiques aux enfants placés en foyer de groupe et en centre de réadaptation

Julie Desjardins, Denis Lafortune et Francine Cyr  
*Université de Montréal*

## RÉSUMÉ

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

**Mots clés :** Psychopharmacothérapie, enfants, maltraitance, Protection de la jeunesse

## ABSTRACT

This study presents data concerning the prevalence of psychopharmacological prescriptions in children aged 6 to 12 years who are placed in foster group homes or rehabilitation centres. It also identifies the classes of molecules used, the reasons for prescribing and the training of the prescribing physician. The sample consists of 101 children in care. These data were obtained through questionnaires completed by the educators responsible for these youths. The results indicate that 70.3% of young people receive at least one prescription, most often signed by a medical specialist. The prescriptions mostly consist of psychostimulant and antipsychotic drugs for Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

**Keywords:** Psychotropic medication, children, Youth Protection, maltreatment

---

Julie Desjardins, psychologue, Centre jeunesse de Laval—CIUSSS Laval, Université de Montréal; Denis Lafortune, professeur titulaire, École de criminologie, Université de Montréal; Francine Cyr, professeure titulaire, Département de psychologie, Université de Montréal.

La correspondance concernant cet article devrait être acheminée à Julie Desjardins. Courriel : Julie.desjardins.cjl@sss.gouv.qc.ca

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

Bien que l'usage de la psychopharmacothérapie soit dorénavant plus fréquent chez les enfants, les connaissances empiriques qui l'appuient demeurent limitées (Jensen *et al.*, 1999; Olfson, Marcus, Weissman et Jensen, 2002). Peu de médicaments ont fait l'objet d'essais cliniques permettant d'évaluer leur efficacité et leur innocuité à court et long termes chez les enfants (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2001; Leo, 2006; Saint-Raymond, Brasseur et Seigneuret, 2005; Verdoux, Tournier, Cougnard, Martin et Bégaud, 2006; Zito *et al.*, 2008).

La prévalence de la prescription de médicaments psychotropes chez les jeunes âgés de 6 à 18 ans pris en charge par l'État est nettement plus élevée que celle observée dans la communauté (Lafortune et Collin, 2006; Raghavan *et al.*, 2005; Zima, Bussing, Crecelius, Kaufman et Belin, 1999). Les recherches rapportent des taux de prescription variant entre 13 % et 77 %. Cette disparité peut s'expliquer notamment par la composition des échantillons (âge, milieux d'hébergement) et les pratiques de prescription qui peuvent différer d'une région à l'autre (Raghavan, Lama, Kohl et Hamilton, 2010). Par exemple, les taux sont habituellement plus faibles chez les enfants placés en famille d'accueil (Zito *et al.*, 2008). Parmi les jeunes faisant usage de médicaments psychotropes, près de la moitié reçoivent une polyprescription (Connor *et al.*, 1998; Lafortune, Laurier et Gagnon, 2004). Les classes de molécules sont le plus souvent des psychostimulants, des antipsychotiques atypiques ou des antidépresseurs (Brelan-Noble *et al.*, 2004; Connor *et al.*, 1998; Ferguson, Glesener et Raschick, 2006; Lafortune *et al.*, 2004; Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec [MSSS], 2007). Lorsqu'il y a polymédication, les psychostimulants et les antipsychotiques atypiques sont les familles de médicaments les plus fréquemment combinées.

En centre de réadaptation, la prévalence la plus élevée a été rapportée par Connor *et al.* (1998) et par Brelan-Noble *et al.* (2004). Connor *et al.* (1998), au Massachusetts, observent que 76 % des jeunes hébergés à long terme reçoivent un médicament psychotrope ( $n = 83$ , âge moyen = 13,6 ans). Brelan-Noble *et al.* (2004), à partir d'un plus large échantillon ( $n = 304$ , âge moyen = 14 ans) provenant de la Caroline du Nord, rapportent que 77 % des jeunes hébergés en institution (centre de réadaptation et foyer de groupe) ont reçu au moins un médicament psychotrope au cours des 4 derniers mois. Au Québec, dans une étude regroupant l'ensemble des jeunes placés hors d'un milieu familial ( $n = 3\ 591$ ), on rapporte une prévalence de 67 % chez les 6 à 11 ans et de 33 % chez les adolescents et adolescentes.

Au Texas, le taux de prescription chez les jeunes pris en charge par les services de protection de la jeunesse (famille d'accueil, foyer de groupe, centre de réadaptation) est de 55,3 % chez les 6-12 ans et de 66,5 % chez les 13-17 ans ( $n = 32\ 135$ ) (Zito *et al.*, 2008). Ferguson *et al.* (2006), dans une étude réalisée au

Minnesota, regroupant 473 jeunes de 0 à 17 ans (âge moyen = 11 ans) placés en famille d'accueil, en foyer de groupe ou en centre de réadaptation rapportent une proportion de 45 %. Enfin, l'étude de Handwerk, Smith, Thompson, Spellman et Daly (2008) effectuée dans le Midwest des États-Unis ( $n = 1\ 100$ , âge moyen = 15 ans) indique un taux de 40 % chez les jeunes hébergés en foyer de groupe lors de leur admission et de 26 % à la fin de leur placement.

Des taux plus faibles ont été observés par deux équipes américaines. La première (Zima *et al.*, 1999) estime que 13 % des enfants âgés de 6 à 12 ans ( $n = 202$ , âge moyen = 8 ans) hébergés dans les foyers de groupe de la Californie sont sous médication psychotrope au moment de la collecte de données. La seconde (Raghavan *et al.*, 2005) avance que 13,5 % des jeunes âgés de 2 à 14 ans issus de la Protection de l'enfance de la Californie ( $n = 3\ 114$ , âge moyen = 8 ans) ont reçu une psychopharmacothérapie au cours des 12 derniers mois. Plus spécifiquement, parmi les 781 enfants hébergés dans une famille d'accueil, un foyer de groupe ou un centre de réadaptation, 18,1 % prennent des médicaments psychotropes (Raghavan *et al.*, 2005).

Les taux varient donc d'une étude à l'autre et il est difficile de préciser pourquoi, les études incluant pour la plupart plusieurs groupes d'âge et des structures de placement distinctes, sans nécessairement préciser si les taux diffèrent selon ces caractéristiques.

Les taux de polymédication diffèrent moins d'une étude à l'autre. Zima *et al.* (1999) rapportent une prévalence de 45 % chez des enfants âgés de 6 à 12 ans vivant en foyer d'accueil. L'étude du MSSS (2007) indique que 44 % des jeunes placés (6 à 17 ans) reçoivent une polyprescription. Connor et ses collègues (1998) affirment que 57 % des jeunes prennent déjà de 2 à 5 médicaments psychotropes à leur arrivée en centre de réadaptation et que 70 % de ceux-ci poursuivent ce traitement lors de leur séjour. L'étude de Zito *et al.* (2008) révèle que 72,5 % des jeunes de 0 à 17 ans pris en charge par les services de protection reçoivent une polymédication.

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

La polyprescription demeure controversée, puisque son efficacité et son innocuité ne sont pas clairement démontrées chez les enfants et les adolescents et adolescentes. On rapporte en effet une insuffisance d'études scientifiques basées sur des essais cliniques avec groupe placebo randomisés et des essais comparatifs (Duffy *et al.*, 2005; Leo, 2006; Loy, Merry, Hetrick et Stasiak, 2012). De plus, cette pratique nécessite une surveillance médicale plus étroite que la monoprescription (Duffy *et al.*, 2005; Safer, Zito et DosReis, 2003; Zito *et al.*, 2008).

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

### OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

L'objectif consiste à cerner l'ampleur du phénomène de la psychopharmacothérapie chez les enfants placés en foyer de groupe et en centre de réadaptation. Il vise à connaître la prévalence de la psychopharmacothérapie, les classes de molécules prescrites, les motifs de prescription, la formation et la fonction du médecin prescripteur et les caractéristiques de la prise en charge (type de prise en charge et fréquence du suivi). Il s'agit également de savoir s'il existe une différence de genre au niveau des catégories de médication prescrite.

### MÉTHODE

#### Participants et participantes

L'échantillon est composé de 101 participants et participantes âgés de 6 à 12 ans. Ils sont hébergés dans des centres de réadaptation et des foyers de groupe localisés dans sept régions administratives du Québec (Lanaudière, Laval, Montérégie, Montréal, Outaouais, Québec, Chaudières-Appalaches). L'échantillon regroupe 29 filles et 72 garçons, âgés de 10 ans en moyenne, ce qui est comparable au bassin total des enfants placés dans ce type de structure (MSSS, 2007). Les sujets proviennent pour la plupart des foyers de groupe (67,3 % de l'échantillon total,  $n = 68$ ), plutôt que des centres de réadaptation (32,7 %,  $n = 33$ ). Au plan géographique, l'échantillon représente bien les régions moyennement et densément peuplées du Québec (sept sur huit régions administratives composées de 350 000 habitants et habitantes et plus ont participé). Il correspond à la répartition de la population des enfants placés par rapport au type de structure, puisqu'il existe au Québec de trois à quatre fois plus de foyers de groupe pour enfants que de centres de réadaptation destinés à ce groupe d'âge (Association des Centres jeunesse du Québec, 2009). Il est à noter qu'on retrouve dans ces deux types d'hébergement une proportion comparable de prescriptions de médicaments psychotropes, soit de 75,8 % ( $n = 25$ ) dans les centres de réadaptation et de 67,6 % ( $n = 46$ ) dans les foyers de groupe ( $\chi^2[1] = 0,70, p = 0,49$ ).

#### Procédure

**Recrutement.** Le projet de recherche a d'abord été approuvé par le comité d'éthique des Centres jeunesse et celui de la Faculté des Arts et des Sciences de l'Université de Montréal. Il a ensuite été présenté aux

directeurs et directrices des services professionnels des Centres jeunesse du Québec ainsi qu'à la Fédération des ressources intermédiaires du Québec. La collecte de données a été effectuée de mai 2007 à décembre 2008 dans sept régions, ce qui correspondait à un bassin de 19 foyers de groupe et 6 centres de réadaptation (pour un total de 155 enfants). Quinze foyers de groupe et 5 centres de réadaptation ont pris part à l'étude. Quatre foyers de groupe et un centre de réadaptation ont refusé de participer pour divers motifs (ex. : implication dans d'autres projets de recherche, manque de temps). Les enfants atteints de déficience intellectuelle moyenne ou sévère ou d'un trouble du spectre de l'autisme étaient exclus de l'étude, ceux-ci étant davantage dirigés vers les Centres de réadaptation en déficience intellectuelle.

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

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

## Procédure

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

## Mesures

**Informations générales et médicales.** Un formulaire destiné aux éducateurs et éducatrices a été conçu aux fins de l'étude afin de connaître les caractéristiques générales et médicales des enfants. En plus des données sociodémographiques de l'enfant (âge, sexe), l'éducateur ou l'éducatrice précise le milieu de placement (centre de réadaptation, foyer de groupe). En s'appuyant sur le dossier du jeune et sur sa connaissance du suivi médical, il indique si l'enfant reçoit ou non des médicaments psychotropes, les classes de molécules prescrites (question ouverte), les motifs de prescription (question ouverte) et le type de prise en charge médicale (évaluation ou suivi en pédopsychiatrie).

« **Perspective des intervenants psychosociaux sur le recours à la médication psychotrope** » (Moses, 2003; traduction de Lafortune et Laurier, 2004). Ce questionnaire s'adresse aux éducateurs et éducatrices travaillant dans les services de réadaptation auprès d'enfants âgés de 5 à 12 ans. Il comprend une section

recueillant des *informations sur le participant* (genre, nombre d'années d'expérience, niveau de formation académique, orientation théorique principale, formation sur la psychopharmacothérapie). À l'aide d'échelles de type Likert en cinq points, il permet d'évaluer leur *familiarité avec la pharmacothérapie*, leur *opinion* envers celle-ci, leur *implication dans le traitement pharmacologique* de même que leur *perception de la relation thérapeutique avec le médecin prescripteur*. Dans le cadre de cette étude, seules trois variables descriptives sont rapportées afin de répondre aux objectifs, soit (a) la formation du médecin prescripteur (l'éducateur ou l'éducatrice coche s'il s'agit d'un médecin généraliste, pédiatre, pédopsychiatre, neurologue ou autre), (b) sa fonction (l'éducateur ou l'éducatrice indique si le médecin travaille à temps plein pour la même institution, à temps partiel ou à titre de consultant ou consultante) et (c) la fréquence des rencontres de suivi médical (une fois par semaine ou plus, aux 2 semaines, une fois par mois, tous les 2 mois, une fois par 6 mois, une fois par année, ne sait pas).

### Stratégie d'analyse

Pour répondre au premier objectif de cette étude, la prévalence de la prescription de médicaments psychotropes a d'abord été calculée en termes de fréquence et de pourcentage. Le taux de prévalence a été rapporté en y ajoutant les intervalles de confiance (95 %).

Pour atteindre le deuxième objectif, les réponses fournies par les éducateurs et éducatrices sur le type de médication prescrite ont été regroupées en fonction des grandes classes de médicaments. Elles ont ensuite été décrites en termes de fréquence et de pourcentage. Les différences entre les taux de prévalence chez les garçons et les filles, pour chacune des classes de molécules, ont été analysées à l'aide d'un test du  $\chi^2$  lorsque les données disponibles étaient suffisantes.

Afin de répondre au troisième objectif, les motifs de prescription ont été décrits (*n* et pourcentage). Pour le quatrième objectif, soit de connaître la formation et la fonction du médecin prescripteur, la fréquence et le pourcentage ont été précisés. Le type et la fréquence de la prise en charge médicale ont aussi été calculés (*n* et pourcentage).

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

## RÉSULTATS

### Prévalence des prescriptions de médicaments psychotropes

La proportion d'enfants ayant une prescription de médicaments psychotropes dans l'échantillon s'élève à 70 % (*n* = 71) (IC 95 % : 60 %–80 %). Au total, 151 médicaments sont prescrits. Sur les 71 enfants médicamentés, 21 (30 %) reçoivent une monoprescription. Pour près des trois quarts (70 %) des enfants médicamentés (*n* = 50), il s'agit d'une polyprescription, constituée de deux à cinq médicaments. Plus précisément, 42 % (*n* = 30) des jeunes médicamentés prennent une combinaison de deux médicaments, 16 % (*n* = 11) en reçoivent trois et 13 % (*n* = 9), quatre médicaments ou plus.

### Classes de médicaments prescrits

Les résultats présentés au tableau 1 révèlent que les médicaments les plus souvent prescrits sont les psychostimulants, les antipsychotiques atypiques, les agonistes alpha adrénergiques et les antidépresseurs. Cette répartition est la même chez les filles et les garçons, les résultats des analyses de  $\chi^2$  n'étant pas significatifs.

Chez les jeunes polymédicamentés ( $n = 49$ ), les prescriptions concomitantes se composent le plus fréquemment de psychostimulants et d'antipsychotiques atypiques (67 %,  $n = 33$ ), de psychostimulants et d'agonistes alpha adrénergiques (10 %,  $n = 5$ ), de deux psychostimulants (6 %,  $n = 3$ ) ou d'antidépresseurs, d'agonistes alpha adrénergiques et de psychostimulants (6 %,  $n = 3$ ).

### Motifs de prescription

Les symptômes d'inattention et d'agitation sont les principaux motifs associés aux psychostimulants, alors que ceux des antipsychotiques atypiques et agonistes alpha adrénergique sont plus variés (agressivité, sommeil et anxiété) (tableau 2).

### Formation et fonction du médecin prescripteur

Parmi les 69 cas d'enfants médicamentés pour lesquels l'information est disponible, les prescriptions sont principalement signées par un pédopsychiatre (62 %,  $n = 43$ ). Suivent des médecins généralistes (19 %,  $n = 13$ ), des pédiatres (17 %,  $n = 12$ ) et un neurologue (2 %,  $n = 1$ ). Il s'agit généralement de médecins travaillant à l'extérieur des Centres jeunesse (91 %,  $n = 63$ ), c'est-à-dire dans des cliniques ou des hôpitaux.

**Tableau 1**  
**Répartition des jeunes (fréquence et pourcentage) par classe de médicaments prescrits ( $n = 71$ )**

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

<sup>a</sup> Un même sujet peut se retrouver dans plus d'une classe de médicaments à la fois, étant donné la prévalence de polyprescription.

<sup>b</sup>  $n$  total = 71

<sup>c</sup>  $n$  total = 54

**Tableau 2**  
**Motifs de prescription par classe de molécule**

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

<sup>a</sup> Les motifs de prescription ne sont pas disponibles pour chacun des médicaments.

<sup>b</sup> Un même sujet peut se retrouver dans plus d'une classe de médicaments, étant donné la prévalence de polyprescription.

### Caractéristiques de la prise en charge

Les données sont disponibles pour 58 enfants médicamenteux concernant la fréquence des rencontres de suivi médical. Elle oscille entre une fois par mois et une fois par année. Les enfants médicamenteux consultent généralement leur médecin aux 2 mois (33 %,  $n = 19$ ) ou aux 6 mois (26 %,  $n = 15$ ). Un seul est suivi aux 2 semaines (2 %), 9 une fois par mois (16 %), 5 une fois par année (9 %) et 9 au besoin (16 %). Dans les 61 cas où l'information est disponible, un peu plus de la moitié des enfants médicamenteux (56 %,  $n = 34$ ) est actuellement évaluée en pédopsychiatrie. Quinze autres enfants (25 %) l'ont déjà été et près d'un cinquième n'auraient pas encore été évalués (20 %,  $n = 12$ ). Du côté des enfants non médicamenteux, dans les 24 cas où l'information est disponible, 16 participants et participantes (67 %) n'ont jamais été évalués par un pédopsychiatre, cinq sont actuellement évalués (21 %) et trois (13 %) l'ont déjà été auparavant.

### DISCUSSION

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

#### Prévalence, médication prescrite et motifs de prescription

La prévalence de la prescription de médicaments psychotropes dans notre échantillon s'élève à 70 %. Les psychostimulants figurent au premier rang, suivis des antipsychotiques atypiques. Ils sont prescrits pour traiter l'inattention, l'hyperactivité et l'agressivité. La distribution des médicaments est comparable à celles qui ont été rapportées dans les études antérieures (Brelan-Noble *et al.*, 2004; Connor *et al.*, 1998; Ferguson *et al.*, 2006; Lafortune *et al.*, 2004). Elle est similaire à celle rapportée par le MSSS (2007), soit que près de 90 % des jeunes de 6 à 11 ans médicamenteux prennent un psychostimulant et 41 % des antipsychotiques. Les motifs associés aux prescriptions correspondent parfois à un usage hors indication (ex. : antipsychotiques atypiques pour l'agressivité), ce qui ne diffère pas de la tendance actuelle à utiliser ces molécules pour contenir les états agressifs, impulsifs et hyperactifs (Papadopoulos *et al.*, 2003). Des recherches futures devraient néanmoins s'attarder à l'efficacité de ces prescriptions chez les enfants maltraités.

Le taux de prescription dans notre échantillon figure parmi les plus élevés ayant été rapportés jusqu'à ce jour. Il équivaut à celui recensé au Québec par le MSSS (2007) parmi l'ensemble des enfants placés en foyer de groupe et en centre de réadaptation. Il correspond également à ceux obtenus dans les études de Connor *et al.* (1998) et de Brelan-Noble *et al.* (2004) auprès d'échantillons où la moyenne d'âge était plus élevée, soit de 13 et 14 ans. En comparaison avec la prévalence de 13 % observée auprès d'échantillons d'enfants placés appartenant au même groupe d'âge (Raghavan *et al.*, 2005; Zima *et al.*, 1999), le taux obtenu dans notre étude est très supérieur. Par contre, il faut prendre en compte que, dans ces deux études, des enfants placés en famille d'accueil étaient aussi recrutés, aussi bien que ceux en foyer de groupe et en centre de réadaptation. Or, le profil psychopathologique des premiers est généralement moins problématique que les seconds. Le recours à l'approche médicamenteuse peut donc être moindre chez les jeunes placés en famille d'accueil (Armsden, Pecora, Payne et Szatkiewicz, 2000; Helfinger, Simpkins et Combes-Orme, 2000; Hussey et Guo,

2005; Scholte, 1997). La comparaison du taux observé dans cette étude à ceux obtenus antérieurement doit donc être faite prudemment, étant donné que les pratiques cliniques peuvent différer selon les structures de soins et selon les régions géographiques.

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

Il demeure par ailleurs difficile de savoir si la prévalence observée dans notre étude s'explique par le fait que la clientèle des enfants placés est similaire à celle de la pédopsychiatrie sur le plan des symptômes et des diagnostics. Une comparaison entre le portrait psychopathologique des enfants suivis en pédopsychiatrie et ceux qui sont hébergés dans les ressources des Centres jeunesse pourrait permettre de vérifier cette hypothèse. Si tel était le cas, ceci pourrait indiquer que les éducateurs doivent assurer la prise en charge de jeunes manifestant à la fois des troubles de comportements et psychiatriques, ce qui nécessiterait l'acquisition de compétences spécifiques<sup>1</sup> à propos des psychopathologies et des liens de partenariat étroits avec les services spécialisés en santé mentale (Arcellus, Bellerby et Vostanis, 1999; Chagnon et Laframboise, 2005, Paquette et Dalpé, 2002).

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

Le taux de polyprescription observé dans notre échantillon s'élève à 72 %, comparativement à celui de 50 % rapporté par Connor *et al.* (1998) et Lafortune *et al.* (2004). Il se rapproche du 73 % indiqué dans l'étude de Zito *et al.* (2008). Selon Connor et Steingard (1996), en matière de psychopharmacothérapie, à l'approche basée sur le diagnostic principal s'est ajoutée celle centrée sur les symptômes cibles. Une importante prévalence de polyprescription pourrait s'expliquer par des pratiques de prescription davantage fondées sur les symptômes. Dans notre échantillon, les prescriptions concomitantes les plus fréquentes sont composées d'antipsychotiques atypiques et de psychostimulants. De telles combinaisons sont fréquemment rapportées dans les études portant sur les milieux de réadaptation, pédiatriques et pédopsychiatriques (Papadopoulos *et al.*, 2003). En effet, il est commun que ces jeunes reçoivent ces ordonnances en combinaison, ce qui permet de traiter à la fois l'agitation, l'impulsivité et l'agressivité. La tendance à utiliser la polyprescription pour le traitement des comportements agressifs est d'ailleurs observée dans tous les environnements cliniques (Connor *et al.*, 1998; Papadopoulos *et al.*, 2003). Cela dit, le recours à la polyprescription peut aussi indiquer que la monoprescription et les interventions psychosociales ne sont pas suffisantes pour améliorer le fonctionnement de l'enfant. Afin de tester cette hypothèse, l'accessibilité et l'efficacité d'autres modalités thérapeutiques (ex. : programme d'intervention ou psychothérapie) pour traiter notamment les comportements agressifs seraient à évaluer.

### Formation du médecin prescripteur et caractéristiques de la prise en charge

Les paramètres de prescription de l'utilisation de médicaments psychotropes en Centre jeunesse (Crismon *et al.*, 2007) et les lignes directrices émises par l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (Papadopoulos *et al.*, 2003) soulignent l'importance d'effectuer une évaluation complète des symptômes de l'enfant, de son fonctionnement global, de son développement et de son histoire familiale et médicale avant de prescrire une médication. Les experts recommandent également la continuité des services, plus particulièrement chez les enfants placés qui connaissent souvent de l'instabilité. Dans la majorité des cas de la présente étude, les enfants médicamenteux ont déjà été évalués en pédopsychiatrie et sont suivis par un pédopsychiatre, entre une fois par mois et une fois par an. Les détails de l'évaluation et du suivi n'ont toutefois pas été étudiés, en raison du grand nombre de données manquantes. Il n'est donc pas possible de préciser si l'évaluation spécialisée a eu lieu avant ou après la prescription de médicaments. Néanmoins, dans la majorité des cas, il s'avère que le suivi est régulier et assumé par un médecin spécialiste.

### Limites de l'étude

La faible taille de l'échantillon limite les possibilités de généralisation des résultats, de même que les analyses statistiques. Il comporte également des données manquantes. Les résultats doivent donc être interprétés avec précaution. L'étude ne porte pas sur la prévalence dans l'ensemble des Centres jeunesse du Québec et des précisions quant aux différences régionales n'ont pas été effectuées. La prévalence n'a pas été analysée en fonction de l'origine ethnique des enfants, alors que certains auteurs ont déjà noté des différences aux États-Unis (ex. : Ferguson *et al.*, 2006; Zito *et al.*, 2008).

Il aurait été souhaitable de connaître les caractéristiques des jeunes (âge, sexe, milieu d'hébergement, médication) qui n'ont pas participé à l'étude, afin d'évaluer les biais potentiels. Cela aurait permis par exemple de s'assurer que la prévalence de chacune des classes de molécules prescrites et de la polyprescription correspond bien à celle de la population totale. Le nombre restreint de filles amène à interpréter les différences en fonction du genre avec prudence. Il n'a pas été possible de connaître si les motifs de prescription sont différents en fonction du genre. La faible taille de l'échantillon limite également la possibilité d'analyses en fonction des grandes classes de molécules (ex. : le suivi médical est-il distinct en fonction du type de prescription ?).

Le fait que les données soient majoritairement descriptives et qu'elles soient rapportées par les éducateurs et éducatrices constitue une limite. Il n'a pas été possible par exemple de savoir si les prescriptions ont été signées après la consultation auprès d'un pédopsychiatre, ou si l'enfant était déjà sous médication avant de consulter un spécialiste. Les informations collectées directement auprès des médecins prescripteurs et la consultation du dossier médical auraient assuré une meilleure validité des résultats et aurait réduit le nombre de données manquantes. De plus, des données supplémentaires au niveau des symptômes et diagnostics permettraient une meilleure compréhension des pratiques. Enfin, un devis de recherche longitudinal aurait permis de situer l'évolution des symptômes et des prescriptions à travers le temps.

## CONCLUSION

Malgré ces limites, cette étude a permis de constater la prévalence élevée des prescriptions et polyprescriptions psychopharmacologiques, principalement des psychostimulants et des antipsychotiques atypiques, chez les enfants pris en charge par les Centres jeunesse du Québec et placés dans des foyers de groupe et centres de réadaptation, et de proposer des pistes d'explications à explorer dans des études ultérieures.

## NOTE

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

## RÉFÉRENCES

- Acquaviva, E. (2007). Pharmacoépidémiologie et pédopsychiatrie. Dans D. Bailly et M.-C. Mouren (dir.), *Les prescriptions médicamenteuses en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (p. 12-21). Paris, France : Masson.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2001). Summary of the practice parameter for the use of stimulant medications in the treatment of children, adolescents, and adults. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1352-1355.
- Angold, A., Erkanli, A., Egger, H. L. et Costello, E. J. (2000). Stimulant treatment for children: A community perspective. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 975-984.
- Arcellus, J., Bellerby, T. et Vostanis, P. (1999). A mental health service for young people in the care of the local authority. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 4(2), 233-245.
- Armsden, G., Pecora, P. J., Payne, V. H. et Szatkiewicz, J. P. (2000). Children placed in long-term foster care: An intake profile using the Child Behavior Checklist/4-18. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 8(1), 49-64.
- Association des Centres jeunesse du Québec. (2009). *Bilan des Directeurs de la Protection de la Jeunesse / Directeurs provinciaux 2009*. Montréal, QC : Auteur.
- Association des Centres jeunesse du Québec. (2012). *Bilan des Directeurs de la Protection de la Jeunesse / Directeurs provinciaux 2012*. Montréal, QC : Auteur.
- Brelan-Noble, A. M., Elbogen, E. B., Farmer, E. M. Z., Dubs, M. S., Wagner, R. H. et Burns, B. J. (2004). Use of psychotropic medication by youths in therapeutic foster care and group homes. *Psychiatric Services*, 55(6), 706-708.
- Chagnon, F. et Laframboise, J. (2005). *État de la situation sur la santé mentale des adolescents 12-17 ans au Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire*. Collection Développement et Évaluation de programme. Montréal, QC : Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire.
- Connor, D. F., Ozbayrak, K. R., Harrison, R. J. et Melloni, R. H. (1998). Prevalence and patterns of psychotropics and anticonvulsant medication in children and adolescents referred to residential treatment. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 8(1), 27-28.
- Connor, D. F. et Steingard, R. J. (1996). A clinical approach to the pharmacotherapy of aggression in children and adolescents. *Annals of the New York Academy of Science*, 20(794), 290-307.
- Crismon, L., Jensen, P., Logan, L., Lopez, M., Machi, A., Muse, N. J. [ . . . ] Shon, S. (2007). *Psychotropic medication utilization parameters for foster children* (version 061221). Austin : Texas Department of State Health Services.
- Dean, A. J., McDermott, B. M. et Marshall, R. T. (2006). Psychotropic medication utilization in child and adolescent mental health service. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 16(3), 273-285.
- Duffy, F. F., Narrow, W. E., Rae, D. S., West, J. C., Zarin, D. A., Rubio-Stipec, M. [ . . . ] Regier, D. A. (2005). Concomitant pharmacotherapy among youths treated in routine psychiatric practice. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15(1), 12-15.

- Ferguson, D., Glesener, D. et Raschick, M. (2006). Psychotropic drug use with European American and American Indian children in foster care. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 16(4), 474-481.
- Handwerk, M. L., Smith, G. L., Thompson, R. W., Spellman, D. F. et Daly, D. L. (2008). Psychotropic medication utilization at a group-home residential facility for children and adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 18, 517-525.
- Helfinger, C. A., Simpkins, C. G. et Combs-Orme, T. (2000). Using the CBCL to determine clinical status of children in state custody. *Children and Youth Services Review*, 22(1), 55-73.
- Hussey, D. L. et Guo, S. (2005). Characteristics and trajectories of treatment foster care youth. *Child Welfare*, 84(4), 485-506.
- Jensen, P. S., Vinod, S. B., Benedetto, V., Hoagwood, K., Feil, M. et Burke, L. B. (1999). Psychoactive medication prescribing practices for U.S. children: Gaps between research and clinical practice. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(5), 557-565.
- Lafortune, D. et Collin, J. (2006). La prescription de médicaments psychotropes aux enfants et adolescents : prévalence, politiques, pratiques et pistes de recherche. *Psychologie canadienne*, 47, 155-169.
- Lafortune, D., Laurier, C. et Gagnon, F. (2004). Prévalence et facteurs associés à la prescription de médicaments psychotropes chez les sujets placés en centre jeunesse. *Revue de psychoéducation*, 33(1), 157-176.
- Lekhwani, M., Nair, C., Nikhinson, I. et Ambrosini, P. J. (2004). Psychotropic prescription practices in child psychiatric inpatients 9 years old and younger. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 14(1), 95-103.
- Leo, J. (2006). The SSRI trials in children: Disturbing implications for academic medicine. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 8(1), 29-41.
- Loy, J. H., Merry, S. N., Hetrick, S. E. et Stasiak, K. (2012). Atypical antipsychotics for disruptive behaviour disorders in children and youths. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 9, art.: CD008559. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008559.pub2>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). (2007). *Rapport du comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les Centres jeunesse*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Moses, T. (2003). *Social worker's perspective on medicalized treatment for youth* (Unpublished doctoral dissertation). University of California, Los Angeles.
- Olfson, M., Marcus, S. C., Weissman, M. M. et Jensen, P. S. (2002). National trends in the use of psychotropic medications by children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(5), 514-520.
- Papadopoulos, E., Macintyre, J. C., Crismon, M. L., Findling, R. L., Malone, R. P., Derivan, A. [ . . . ] Jensen, P. S. (2003). Treatment Recommendations for the Use of Antipsychotics for Aggressive Youth (TRAAAY): Part II. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(2), 145-161.
- Paquette, F. et Dalpé, A. (2002). *Évaluation des besoins de la clientèle âgée entre 6 et 11 ans*. Collection Développement et Évaluation de programme. Montréal, QC : Centres Jeunesse de Montréal.
- Raghavan, R., Lama, G., Kohl, P. et Hamilton, B. (2010). Interstate variations in psychotropic medication use among a national sample of children in the child welfare system. *Child Maltreatment*, 15(2), 121-131.
- Raghavan, R., Zima, B. T., Andersen, R. M., Leibowitz, A., Schuster, M. A. et Landsverk, J. (2005). Psychotropic medication use in a national probability sample of children in the child welfare system. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15(1), 97-106.
- Safer, D. J. (1997). Changing patterns of psychotropic medications prescribed by child psychiatrists in the 1990s. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 7, 264-274.
- Safer, D. J., Zito, J. M. et DosReis, S. (2003). Concomitant psychotropic medication for youth. *American Journal of Psychiatry*, 160(3), 438-449.
- Saint-Raymond, A., Brasseur, D. et Seigneuret, N. (2005). Médicaments de l'enfant : il est temps d'agir. *Archives de pédiatrie*, 12(8), 1195-1316.
- Scholte, E. (1997). Exploration of criteria for residential and foster care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(6), 657-666.
- Verdoux, H., Tournier, M., Cougnard, A., Martin, K. et Bégau, B. (2006). Pharmaco-épidémiologie des médicaments psychotropes : utilisation et impact en conditions réelles d'utilisation. *Thérapie*, 61(1), 17-22.
- Zima, B. T., Bussing, R., Crecelius, G. M., Kaufman, A. et Belin, T. R. (1999). Psychotropic medication treatment patterns among school-aged children in foster care. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 9(3), 135-147.

- Zito, J. M., Craig, T. J. et Wanderling, J. (1994). Pharmacoepidemiology of 330 child/adolescent psychiatric patients. *Journal of Pharmacoepidemiology*, 3(1), 47-62.
- Zito, J. M., Safer, D. J., Sai, D., Gardner, J. F., Thomas, D., Coombes, P. [ . . . ] Mendez-Lewis, M. (2008). Psychotropic medication patterns among youth in foster care. *Pediatrics*, 121(1), 157-163.