

Journal International De Victimologie

International Journal Of Victimology

Numéro 34

Portrait sociodémographique et anamnestique des enfants placés sous la protection de la jeunesse et qui reçoivent des médicaments psychotropes

Julie Desjardins^{3,4}, Denis Lafortune^{2,4}, & Francine Cyr⁴ [Québec, Canada]

¹ Psychologue, Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval, Centre jeunesse de Laval, Université de Montréal

² Professeur titulaire, directeur de l'École de Criminologie, Université de Montréal

³ Professeure associée, Département de psychologie, Université de Montréal

article paru en ligne le 20 janvier 2017

Résumé

De nombreux cas d'enfants victimes de maltraitance sont rapportés chaque année aux autorités responsables de leur protection. Ces enfants cumulent plusieurs facteurs de risque qui contribuent au développement de psychopathologies. Ils sont de plus en plus nombreux à recevoir des médicaments psychotropes afin de traiter leurs difficultés. L'objectif de cette étude est de préciser les caractéristiques sociodémographiques et anamnestiques des enfants placés et qui reçoivent des médicaments psychotropes. Ces variables ont été mesurées à l'aide de questionnaires remplis par les éducateurs et d'une analyse du dossier, à partir d'un échantillon de 101 enfants hébergés hors d'un milieu familial. Les sujets médicamenteux (n = 71) ont été comparés aux non médicamenteux (n = 30). Les résultats indiquent que les uns et les autres ont vécu des stressors psychosociaux similaires avant leur placement (négligence, abandon par un des parents, abus). Par contre, les enfants placés qui reçoivent une psychopharmacothérapie ont été retirés de leur milieu familial à un plus jeune âge et ils ont connu plus de changements de milieu de vie avant l'âge de 6 ans. De plus, l'exposition à la violence conjugale a été plus fréquente chez ces derniers.

Mots-clés : Psychopharmacothérapie, enfants, Protection de la jeunesse, traumatismes.

Out-of-home care and psychopharmacotherapy : A sociodemographic and anamnestic portrait of children living in therapeutic foster care and group homes

Abstract

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

Key-Words: Psychopharmacotherapy, children, Youth protection, trauma.

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

La psychopharmacothérapie

La psychopharmacothérapie est de plus en plus utilisée pour traiter les psychopathologies que présentent les enfants maltraités (Martin, VanHoof, Stubbe, Sherwin, & Scahill, 2003). Aux États-Unis, Brelan-Noble, Elbogen, Farmer, Dubs, Wagner et Burns (2004) rapportent une prévalence de 77% ($n = 304$), dans un échantillon de jeunes âgés de 5 à 19 ans placés en milieu substitut à leur famille. Zito, Safer, Sai, Gardner, Thomas, Coombes, Dubowski et Mendez-Lewis (2008) révèlent que, parmi les 32 135 jeunes âgés de 0 à 17 ans pris en charge par les services de protection, 37,9% prennent des médicaments psychotropes. Dans les centres de réadaptation et foyers de groupe du Québec, 67,5% des enfants âgés de 6 à 12 ans reçoivent des médicaments psychotropes ($N = 440$) (MSSS, 2007).

Près de la moitié des jeunes médicamentés reçoivent une polyprescription (Connor, Ozbayrak, Harrison et Melloni, 1998; Lafortune, Laurier, & Gagnon, 2004). Les psychostimulants, les antipsychotiques atypiques et les antidépresseurs sont les classes de molécules les plus souvent prescrites (Brelan-Noble et al., 2004; Connor et al., 1998; Ferguson, Glesener, & Raschick, 2006; Lafortune et al., 2004).

Caractéristiques des enfants placés qui reçoivent des médicaments psychotropes

Des études empiriques ont documenté les antécédents de traumatismes des jeunes placés et qui reçoivent des médicaments psychotropes. Des caractéristiques sociodémographiques et relatives à la prise en charge ont aussi été étudiées.

D'abord, Raghavan et al. (2005) ainsi que Connor et McLaughlin (2005) remarquent que l'approche médicamenteuse est plus fréquente chez les victimes d'abus physique que chez les victimes de négligence. Leslie, Raghavan, Zhang, & Aarons (2010), à partir d'une étude longitudinale ($n = 2 521$), précisent que, comparativement à la symptomatologie évaluée par le CBCL, l'abus physique et l'abandon sont davantage liés à une augmentation de la médication durant le placement. Par ailleurs, l'étude de Raghavan, Lama, Kolh et Hamilton (2010) ne trouve pas d'association entre les antécédents traumatiques et le recours à la psychopharmacothérapie.

Parmi les facteurs non cliniques associés à la prescription de médicaments psychotropes, les jeunes âgés de 11 à 14 ans sont plus susceptibles d'en recevoir (Lafortune et al., 2004; Raghavan et al., 2005). L'âge au moment du premier placement est aussi corrélé à un recours accru à la médication, les jeunes placés à un âge précoce (8,4 ans) étant plus nombreux à recevoir une ordonnance (Lafortune et al., 2004). Sous l'angle du genre, toutes proportions gardées, plus de garçons que de filles prennent des médicaments psychotropes (Ferguson et al., 2006; Raghavan et al., 2010; Zito et al., 2008). Le type de ressource d'hébergement est également associé à l'usage de médication. Les enfants hébergés en foyer de groupe en reçoivent plus souvent, comparativement à

ceux placés dans les centres de réadaptation. Ce résultat est néanmoins surprenant étant donné que le fonctionnement de ces derniers est généralement plus perturbé (Brelan-Noble et al., 2004; Zima et al., 1999).

L'instabilité de la mesure de placement a aussi été examinée, mais les résultats sont divergents. Aux États-Unis, selon Zima et al. (1999) ainsi que Stambaugh et al. (2012), les changements de milieux de vie ne sont pas associés à la prise de médicaments psychotropes. Les résultats obtenus au Québec (Lafortune et al., 2005) démontrent plutôt que le nombre élevé de placements est associé à une augmentation des taux de psychopharmacoprescription.

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

Objectifs de l'étude

Cet article vise à connaître les caractéristiques sociodémographiques et anamnestiques des enfants placés et médicamentés. Il s'agit de documenter l'âge et le sexe de l'enfant, l'âge au moment de la première prescription, les caractéristiques du placement actuel (type de ressource d'hébergement, motifs de placement, nombre de mois dans la ressource actuelle) et du premier (âge, motifs), la stabilité du placement, ainsi que les stressors psychosociaux auxquels l'enfant a été exposé avant son placement.

Méthode

Participants

L'échantillon regroupe 101 participants âgés de 6 à 12 ans, en provenance de centres de réadaptation et de foyers de groupe localisés dans sept régions du Québec. Parmi ceux-ci, 29 sont des filles et 72 sont des garçons. L'échantillon compte 71 enfants sous médication et 30 sans médication. Les participants proviennent pour la plupart des foyers de groupe ($n = 68$) (67,3%), plutôt que des centres de réadaptation ($n = 33$) (32,7%). Ceci est représentatif de la répartition de la population des enfants placés, puisqu'il existe au Québec plus de foyers de groupe pour enfants que d'unités de réadaptation destinés à ce groupe d'âge (Association des Centres jeunesse du Québec).

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

Portrait sociodémographique et anamnestique des enfants placés sous la protection de la jeunesse et qui reçoivent des médicaments psychotropes

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

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

Procédure

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

Instruments

Informations générales et médicales. Un formulaire destiné aux éducateurs a été conçu aux fins de l'étude afin de connaître les caractéristiques générales et médicales des enfants. En plus des données sociodémographiques de l'enfant (âge, sexe), l'éducateur précise le milieu de placement (centre de réadaptation, foyer de groupe), le début et la durée du placement actuel. Il indique également si l'enfant reçoit actuellement ou non des médicaments psychotropes ainsi que l'âge au moment de la première médication.

Grille d'évaluation de l'axe psychosocial de la Classification multiaxiale de l'Organisation Mondiale de la Santé (Poustka, 1990; traduction française de Laurier & Lafortune, 2003). Cet instrument permet de préciser les stressors psychosociaux auxquels les enfants ont été exposés avant leur placement. Il s'agit d'une grille développée à partir du glossaire de l'Axe Psychosocial de la Classification multiaxiale (CIM) de l'Organisation Mondiale de la Santé des troubles psychiatriques chez l'enfant et l'adolescent. Les catégories suivantes sont évaluées; (1) *conditions de vie qui créent une situation psychosociale à risque*, (2) *trouble mental ou déviance dans l'entourage immédiat de l'enfant*, (3) *surveillance parentale inadéquate*, (4) *privation d'expériences*, (5) *abus physique*, (6) *abus sexuel intrafamilial*, (7) *abus sexuel extrafamilial*, (8) *expérience personnelle effrayante*, (9) *perte de la relation avec un parent*, (10) *retrait du foyer familial, suite à des problèmes sociaux* (11) *discorde familiale entre les adultes*. À la lecture du dossier de l'enfant, pour chacune des catégories, l'assistant de recherche effectue la cotation à l'aide d'indicateurs opérationnels. Il choisit le seuil («clinique» ou «limite») qui décrit le mieux la situation de l'enfant, selon la sévérité de l'expérience traumatique et sa chronicité. Le seuil «non présent» indique que la situation psychosociale de l'enfant s'inscrit dans la normalité.

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

Calendrier biographique ou «Life history Calendar» (Martyn & Belli, 2002). Cet instrument est utilisé afin d'analyser les informations colligées dans les dossiers cliniques concernant l'historique des mesures d'hébergement. Il est rempli par un assistant de recherche. Il documente les données relatives à l'âge de l'enfant au moment des placements, les motifs, le nombre de placements et leur durée.

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

Stratégie d'analyse

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

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

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

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

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

Portrait sociodémographique et anamnestique des enfants placés sous la protection de la jeunesse et qui reçoivent des médicaments psychotropes

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

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

Enfin, la fréquence et le pourcentage des stressseurs psychosociaux auxquels ont été exposés les enfants ont été calculés et des analyses du chi carré ont été réalisées. Une analyse de variance à deux facteurs intersujets, soit groupe (monomédicamentés, polymédicamentés et non médicamentés) par sexe a également été effectuée, mais les différences ne se sont pas révélées significatives.

Résultats

Prévalence de la prescription

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

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

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

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

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

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

Portrait sociodémographique et anamnestique des enfants placés sous la protection de la jeunesse et qui reçoivent des médicaments psychotropes

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

Caractéristiques du placement actuel

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

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

Caractéristiques du premier placement

Le premier placement a été vécu en moyenne à l'âge de 6,37 ans pour l'ensemble des enfants ((86) $6,37 \pm 3,16$). L'analyse du test T révèle que les enfants polymédicamentés auraient connu leur tout premier placement à un plus jeune âge ((43) $5,6 \text{ ans} \pm 3,01$), comparativement aux enfants recevant un seul médicament ((19) $7,26 \text{ ans} \pm 2,56$) ($t(60) = 2,09, p = 0,04$).

Le motif du premier placement était disponible pour 62 enfants médicamentés et 20 sujets non médicamentés. Il s'explique le plus souvent par la négligence parentale, tant chez les jeunes médicamentés (49 (79,03%)) que les autres (18 (90%)) ($\chi^2(1) = 1,08, p = 0,30$). Quant au trouble du comportement, il est associé au premier placement chez 30,65% ($n = 19$) des enfants médicamentés et chez 15,00% ($n = 3$) des non médicamentés ($\chi^2(1) = 2,85, p = 0,09$). L'abus physique constitue le motif du premier placement chez 12,90% ($n = 8$) des enfants médicamentés et 5,00% ($n = 1$) des enfants non médicamentés ($\chi^2(1) = 1,32, p = 0,25$).

L'instabilité du placement

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

Les stressseurs psychosociaux

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

Les résultats indiquent que deux variables les distinguent, soit le retrait plus précoce de la famille d'origine et l'exposition à des conflits conjugaux («discorde familiale»). Ainsi, la proportion d'enfants médicamentés retirés de leur milieu familial avant l'âge de 6 ans («retrait du foyer familial

Portrait sociodémographique et anamnestique des enfants placés sous la protection de la jeunesse et qui reçoivent des médicaments psychotropes

avant l'âge de 6 ans, suite à des problèmes sociaux») est plus grande que celle des enfants non médicamentés ayant vécu cette situation. Par contre, la prévalence d'enfants ayant été exposés à la discorde familiale est plus importante chez les enfants non médicamentés (16(88,89%)), comparativement aux autres (26(54,17%)) (tableau 2).

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

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

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

Discussion

Prévalence et médication prescrite

La prévalence de la prescription de médicaments psychotropes dans notre échantillon s'élève à 70,3%. Le plus souvent, il s'agit de psychostimulants et d'antipsychotiques atypiques, des médicaments habituellement prescrits pour favoriser l'attention et contenir les agirs hyperactifs, impulsifs ou agressifs (Lafortune et al., 2004; Newcorn & Ivanov, 2007; Papadopoulos, MacIntyre, Crismon, Findlin, Malone, Derivan et al., 2005; Reyes, Buitelaar, Toren, Augustyns, & Eedekens, 2006). Contrairement à ce qui a été observé aux États-Unis par Brelan-Noble et al. (2004) et Zima et al. (1999), la prévalence des prescriptions en foyer de groupe (67,65%) n'est pas supérieure à celle des centres de réadaptation (75,76%). La proportion est par ailleurs un peu plus élevée en centre de réadaptation, ce qui pourrait s'expliquer par la plus grande sévérité des psychopathologies observées chez les jeunes placés en milieu institutionnel.

Portrait sociodémographique et anamnestique

Concernant les données sociodémographiques, peu de différences significatives ont été obtenues. Les enfants traités avec une molécule sont âgés en moyenne de 10 ans et ceux en

Portrait sociodémographique et anamnestique des enfants placés sous la protection de la jeunesse et qui reçoivent des médicaments psychotropes

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

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

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

Au plan anamnestique, les enfants médicamenteux et non médicamenteux ne se distinguent pas au niveau des types de stressors psychosociaux vécus dans leur famille d'origine. Les uns et les autres ont été confrontés à des situations de négligence, d'abandon et de carence dans une proportion similaire, ce qui corrobore les résultats de Raghavan et al. (2010). Les difficultés financières dans la famille, une surveillance parentale inadéquate, la sous-stimulation ainsi que la présence d'un parent souffrant de trouble mental ou de toxicomanie sont aussi fréquentes dans l'un et l'autre des groupes d'enfants. Ce résultat rappelle celui de Connor & McLaughlin (2005) qui constataient qu'au moment de l'admission en centre de réadaptation, les jeunes médicamenteux et non médicamenteux ont une histoire de vie similaire, très souvent caractérisée par de la violence et la consommation de drogue par les parents. S'appuyant sur ces résultats, il est possible d'avancer que la prescription de médicaments est plus associée aux symptômes et diagnostics présentés par les jeunes, qu'à des éléments traumatiques spécifiques. Nos résultats ne correspondent toutefois pas à ceux de Raghavan et al. (2005) et de Leslie et al. (2010), puisque ceux-ci avaient remarqué que les enfants médicamenteux ont plus souvent été victimes de sévices physiques. Dans notre étude, bien que la différence ne soit statistiquement significative, il a tout de même été noté que des antécédents d'abus physiques ont été relevés chez 30,5% des enfants prenant des médicaments (comparativement à 17,6% chez les autres participants).

Les stressors psychosociaux risquent d'avoir été subis à un âge plus précoce chez les enfants médicamenteux, puisque leur premier placement a eu lieu plus tôt que celui des enfants non médicamenteux. Le fait d'avoir été confronté à un plus jeune âge à de tels stressors et à de l'instabilité au niveau du milieu de vie peut rendre les enfants plus susceptibles de présenter des psychopathologies et par conséquent, plus sujets à recevoir une médication psychotrope. Les placements en bas âge peuvent aussi constituer une menace sérieuse à la capacité d'établir une relation d'attachement sécurisée, de par la rupture de la relation avec les premières figures parentales (Charles & Matheson, 1990). De plus, les motifs liés à la décision de placement (ex. abus, négligence)

représentent des obstacles majeurs à l'établissement d'une relation d'attachement sécurisée (Van Ijzendoorn, Scungel, & Bakermans-Kranenburg, 1999). Ils peuvent également engendrer des conséquences délétères sur le développement du cerveau, l'auto-régulation émotionnelle et les capacités relationnelles (DeBillis, 2001; Perry, 2010; McCrory, DeBrito, & Viding, 2011; Schore, 2001). Les enfants placés présentent donc des facteurs de vulnérabilité susceptibles d'entraver le développement d'une relation d'attachement sécurisée et de favoriser certaines psychopathologies. Ces dernières pourraient par la suite augmenter la probabilité d'une prescription médicamenteuse.

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

Limites

La faible taille de l'échantillon limite la puissance des analyses statistiques. L'utilisation de données rétrospectives compilées dans les dossiers de la DPJ comporte aussi ses limites. Considérant les changements auxquels les enfants sont confrontés, il est possible que des informations sur leur histoire soient manquantes ou inexactes. Une entrevue avec les parents ou l'adulte ayant été le plus présent dans la vie de l'enfant pourrait permettre d'obtenir une meilleure validité des résultats. De plus, il aurait été intéressant d'examiner non seulement les stressés vécus avant le placement, mais également ceux auxquels peuvent être exposés les enfants durant leur placement.

D'autres facteurs, s'ils avaient été mesurés, auraient permis de préciser davantage les résultats. Par exemple, il aurait été intéressant de mieux connaître le contexte périnatal, la sévérité du trouble mental et des problèmes de toxicomanie présents chez les parents. Des outils de mesure permettant de distinguer les impacts de l'exposition à la violence conjugale sur le développement des enfants en tenant compte notamment des facteurs de protection auraient aussi été pertinents.

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

Portrait sociodémographique et anamnestique des enfants placés sous la protection de la jeunesse et qui reçoivent des médicaments psychotropes

Références

- Association des Centres jeunesse du Québec (2009; 2012). *Bilan des Directeurs de la Protection de la Jeunesse/Directeurs provinciaux*. Montréal, Canada : Association des Centres jeunesse du Québec.
- Batthi-Sinclair, K., & Sutchill, C. (2012). What determines the out of home placement of children in the USA ? *Children and Youth Services Review, 34* (9), 1749-1745.
- Brelan-Noble, A.M., Elbogen, E.B., Farmer, E.M.Z., Dubs, M.S., Wagner, R.H., & Burns, B.J. (2004). Use of psychotropic medication by youths in therapeutic foster care and group homes. *Psychiatric Services, 55* (6), 706-708.
- Burns, B.J., Phillips, S.D., Wagner, H.R., Barth, R.P., Kolko, D.J., Campbell, Y., & Landversk, J. (2004). Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: a national survey. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry, 43* (8), 960-970.
- Caspi, A., Moffitt, T.E., Thornton, A., Freedman, D., Amell, J.W., Harrington, H., Smeijers, J., & Silva, P.A. (1996). The life history calendar: a research and clinical assessment method for collecting retrospective event-history data. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 6*, 101-114.
- Chan, Y.C., & Yeung, J.W.K. (2009). Children living with violence within the family and its sequel: a meta-analysis from 1995-2006. *Aggression and Violent Behavior, 14* (5), 313-322.
- Charles, G., & Matheson, J. (1990). Children in foster care: Issues of separation and attachment. *Community Alternatives: International Journal of Family Care, 2* (2), 37-49.
- Connor, D.F., Ozbayrak, K.R., Harrison, R.J., & 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., & McLaughlin, T.J. (2005). A naturalistic study of medication reduction in a residential treatment setting. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 15* (2), 302-310.
- DuRoss, C.R., Fallon, B., & Black, T. (2010). Group home and residential treatment placements in child welfare: Analyzing the 2003 Canadian incidence study of reported child abuse and neglect (CIS-2003). *Canada's Children, 16* (3), 67-76.
- Evans, S.E., Davies, C., & DiLillo, D. (2008). Exposure to domestic violence: a meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggression and Violent Behavior, 13* (2), 131-140.
- Ferguson, D., Glesener, D., & Raschick, M. (2006). Psychotropic drug use with European American and American Indian children in foster care. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 16*(4), 474-481.
- Fortin, A., Trabelsi, & Dupuis, F. (2002). *Les enfants témoins de violence conjugale : analyse des facteurs de protection*. Document synthèse, Montréal, Canada : Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales.
- Howell, K.H., & Graham-Bermann, S.A. (2011). The multiple impacts of intimate partner violence on preschool children. Dans: S.A. Graham-Bermann & A.A. Levendosky (dir.), *How intimate partner violence affects children. Developmental research, case studies and evidence-based intervention*. Washington, United States: American Psychological Association.
- Kaufman, J., & Cicchetti, D. (1989). The effects of maltreatment on school-aged children's socioemotional development: Assessments in a day camp setting. *Developmental Psychopathology, 25*, 516-524.
- Lafortune, D., & Collin, J. (2006). La prescription de médicaments psychotropes aux enfants et adolescents : Prévalence, politiques, pratiques et pistes de recherche. *Psychologie canadienne, 47*, 155-169.
- Lafortune D., Laurier, C., Collin, J. (2005). Prevalence and patterns of psychotropic medication in youths residing in rehabilitation centers in Montreal. Resoumis après modifications à *International Journal of Forensic Mental Health Journal*.
- Lafortune, D., Laurier, C., & Gagnon, F. (2004). Prévalence et facteurs associés à la prescription de médicaments psychotropes chez les sujets placés en centre jeunesse. *Revue de psychoéducation, 33* (1), 157-176.
- Leslie, L.K., Raghavan, R., Zhang, J., & Aarons, G.A. (2010). Rates of psychotropic medication use over time among youth in child welfare/child protective services. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 20* (2), 135-143.
- Lessard, G., & Paradis, F. (2003). *La problématique des enfants exposés à la violence conjugale et les facteurs de protection : recension des écrits*. Québec, Canada : Direction de santé publique de Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec.
- Lewis, E. E., Dozier, M., Ackerman, J., & Sepulveda-Kozakowski, S. (2007). The effect of placement instability on adopted children's inhibitory control abilities and oppositional behavior. *Developmental Psychology, 43*, 1415-1427.
- Martyn K.K., & Belli R.F. (2002). Data retrospective collection using life history calendar. *Nursing research, 51* (4), 270-274.
- Martin, A., VanHoof, T., Stubbe, D., Sherwin, T., & Scahill, L. (2003). Multiple psychotropic pharmacotherapy among child and adolescent enrollees in Connecticut medicaid managed care. *Psychiatric Services, 54* (1), 72-77.
- McCrary, E., DeBrito, S.A., & Viding, E. (2011). The impact of childhood maltreatment: a review of neurobiological and genetic factors. *Frontiers in Psychiatry, 2*, 1-14.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2007). *Rapport du comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les Centres jeunesse*. Québec, Canada : Gouvernement du Québec. 79 p.
- Newcorn, J.H., & Ivanov, I. (2007). Psychopharmacologic

Portrait sociodémographique et anamnestique des enfants placés sous la protection de la jeunesse et qui reçoivent des médicaments psychotropes

- treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder and disruptive behaviour disorders. *Pediatric Annals*, 36 (9), 564-574.
- Papadopoulos, E., Macintyre, J.C., Crismon, M.L., Findling, R.L., Malone, R.P., Derivan, A., Schooler, N., Sikich, L., Greenhill, L., Schur, S.B., Felton, C.J., Kranzler, H., Sverd, J., Finnerty, M., Ketner, S., Siennick, S.E., & Jensen, P.S. (2003). Treatment Recommendations for the Use of Antipsychotics for Aggressive Youth (TRAAAY). Part II. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42 (2), 145-161.
- Perry, B.D. (2010). Child maltreatment: A neurodevelopmental perspective on the role of trauma and neglect in psychopathology. Dans: Beauchaine, T.P., & Hinshaw, S.P. *Child and Adolescent and Psychopathology* (p.96-128). Wiley & Sons Inc, New Jersey, United States.
- Poustka, F. (1990). *Entrevue parentale pour l'Axe 5 de la classification multiaxiale des troubles psychiatriques chez l'enfant et l'adolescent, Association de situations psychosociales problématiques*. Glossaire de l'Axe Psychosocial de la Classification multiaxiale de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) des troubles psychiatriques chez l'enfant et l'adolescent.
- Raghavan, R. Lama, G., Kohl P., & Hamilton, B. (2010). Interstate variations in psychotropic medication use among a national sample of children in the child welfare system. *Child Maltreatment*, 15 (2), 121-131.
- Raghavan, R., Zima, B.T., Andersen, R.M., Leibowitz, A., Schuster, M.A., & Landsverk, J. (2005). Psychotropic medication use in a national probability sample of children in the child welfare system. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15 (1), 97-106.
- Reyes, M., Buitelaar, J.Toren, P., Augustyns, I., & Eerdeken, M. (2006). A randomized, double-blind, placebo-controlled study of risperidone maintenance treatment in children and adolescents with disruptive behavior disorders. *American Journal of Psychiatry*, 163 (3), 402-410.
- Ryan, J.P., & Testa, M.F. (2005). Child maltreatment and juvenile delinquency: Investigating the role of placement and placement instability. *Children and Youth Services Review*, 27, 227 - 249.
- Schore, A.N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22 (1), 201-269.
- Schur, S.B., Sikich, L., Findling, R.L., Malone, R.E., Crismon, M.L., & Drivan, A. (2003) Treatment Recommendations for the Use of Antipsychotics for Aggressive Youth (TRAAAY). *Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 42 (2), 132-144.
- Stambaugh, L.F., Leslie, L.K., Ringeisen, H., Smith, K. & Hodgkin, D. (2012). Psychotropic medication use by children in child welfare. OPRE report # 2012-33. Washington DC : Office of planning, research and evaluation, administration for children and families. US Department of Health and Human Services.
- Sternberg, K.J., Lamb, M.E., Greenbaum, C., Cicchetti, D., Dawud, S., Cortes, R.M., Krispin, P., & Lorey, F. (1993). Effect of domestic violence on children's behavior problems and depression. *Developmental Psychology*, 29, 44-52.
- Van IJzendoorn, M.H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M.J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11 (2), 225-249.
- Zima, B.T., Bussing, R., Crecelius, G.M., Kaufman, A., & Belin, T.R. (1999). Psychotropic medication treatment patterns among school-aged children in foster care. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 9 (3), 135-147.
- Zito, J. M., Safer, D. J., Sai, D., Gardner, J. E, Thomas, D., Coombes, R, Dubowski, M., & Mendez-Lewis, M. (2008). Psychotropic medication patterns among youth in foster care. *Pediatrics*, 121, 57-63.

Portrait sociodémographique et anamnestique des enfants placés sous la protection de la jeunesse et qui reçoivent des médicaments psychotropes

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

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

Note.* $p < 0,05$

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

Portrait sociodémographique et anamnestique des enfants placés sous la protection de la jeunesse et qui reçoivent des médicaments psychotropes

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

Variables (n disponible) ^a	Seuil	Nombre et pourcentage			df	χ^2	p
		Échantillon total (n = 101)	Groupe médicamenté (n = 71)	Groupe non médicamenté (n = 30)			
Retrait du foyer familial, suite à des problèmes sociaux (n = 90)	Clinique ^b	40 (44,44)	34 (50,74)	6 (26,1)	2	8,82	0,01**
	Limite	39 (43,33)	23 (34,33)	16 (69,57)			
	Non présent	11 (12,22)	10 (14,92)	1 (4,35)			
Discorde familiale (n = 66)	Clinique	42 (63,64)	26 (54,17)	16 (88,99)	2	6,88	0,03**
	Limite	9 (13,64)	8 (16,67)	1 (5,56)			
	Non présent	15 (22,73)	14 (29,17)	1 (5,56)			
Conditions de vie qui créent une situation psychosociale à risque (n = 86)	Clinique	42 (48,84)	28 (43,75)	14 (63,6)	2	0,42	0,12
	Limite	23 (26,74)	17 (26,56)	6 (27,27)			
	Non présent	21 (24,42)	19 (29,17)	2 (9,09)			
Trouble mental chez un parent (n = 76)	Clinique	51 (67,11%)	35 (62,50%)	16 (80,00%)	2	2,53	0,28
	Limite	11 (14,47%)	10 (17,86%)	1 (5,00%)			
	Non présent	14 (18,42%)	11 (19,64%)	3 (15,00%)			
Surveillance parentale inadéquate (n = 72)	Clinique	45 (62,50%)	31 (62,00%)	14 (63,64%)	2	0,66	0,97
	Limite	11 (15,28%)	8 (16,00%)	3 (13,64%)			
	Non présent	16 (22,22%)	11 (22,00%)	5 (22,73%)			
Privation d'expérience (n = 70)	Clinique	26 (37,14%)	17 (34,00%)	9 (45,00%)	2	2,38	0,30
	Limite	13 (18,57%)	8 (16,00%)	5 (25,00%)			
	Non présent	31 (44,29%)	25 (50,00%)	6 (30,00%)			
Abus physique (n = 76)	Clinique	21 (27,63%)	18 (30,51%)	3 (17,65%)	2	1,48	0,48
	Limite	9 (11,84%)	6 (10,17%)	3 (17,65%)			
	Non présent	46 (60,53%)	35 (59,32%)	11 (64,71%)			
Abus sexuel intrafamilial (n = 66)	Clinique	9 (13,64%)	7 (14,9%)	2 (10,53%)	2	0,27	0,86
	Limite	4 (6,06%)	3 (6,38%)	1 (5,26%)			
	Non présent	53 (80,30%)	37 (78,72%)	16 (84,21%)			
Abus sexuel extrafamilial (n = 66)	Clinique	4 (6,06%)	3 (6,25%)	1 (5,56%)	2	0,01	0,93
	Limite	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)			
	Non présent	62 (93,94%)	45 (93,75%)	17 (94,44%)			
Expérience personnelle effrayante (n = 71)	Clinique	21 (29,58%)	17 (32,08%)	4 (22,22%)	2	0,73	0,69
	Limite	6 (8,45%)	4 (7,55%)	2 (11,11%)			
	Non présent	44 (62,97%)	32 (60,38%)	12 (66,66%)			
Perte de la relation avec un parent (n = 89)	Clinique	55 (61,80%)	39 (59,09%)	16 (69,57%)	2	0,79	0,67
	Limite	5 (5,62%)	4 (6,06%)	1 (4,35%)			
	Non présent	29 (32,58%)	23 (34,85%)	6 (26,09%)			

Note. ** p < 0,01

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

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