

L'observance de la prescription de médicaments psychotropes en centres de réadaptation telle qu'évaluée par un éducateur et par l'adolescent

Psychotropic medication compliance of adolescents in rehabilitation centers: A dual assessment by the educator and the adolescent himself

Catherine Laurier et Denis Lafortune

Volume 37, numéro 2, 2008

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1097000ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1097000ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue de Psychoéducation

ISSN

1713-1782 (imprimé)

2371-6053 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Laurier, C. & Lafortune, D. (2008). L'observance de la prescription de médicaments psychotropes en centres de réadaptation telle qu'évaluée par un éducateur et par l'adolescent. *Revue de psychoéducation*, 37(2), 189–209. <https://doi.org/10.7202/1097000ar>

Résumé de l'article

Devant l'ampleur du phénomène de la prescription de médicaments psychotropes en centres de réadaptation, des questions se posent quant à l'adhésion (ou « observance ») des jeunes en regard de ces prescriptions. Afin d'évaluer celle-ci, nous avons déjà validé l'Échelle d'évaluation des comportements et des attitudes d'observance à la psychopharmacoprescription (ÉCAOPP) (Laurier & Lafortune, 2007), une mesure auto-révélee à compléter par les adolescents hébergés dans ces milieux. Il est toutefois apparu nécessaire d'ajouter un autre regard sur les comportements d'observance, celui de l'éducateur responsable. La présente étude n'a pas comme objectif de mesurer « l'observance réelle » de l'adolescent, mais bien d'appréhender comment la prise d'un médicament est perçue de part et d'autre, par l'adolescent lui-même et son éducateur. Il s'agit d'abord de valider l'ÉCOPP-Obs (Échelle d'évaluation des comportements d'observance à la prescription psychopharmacologique pour un observateur). La version finale retenue comprend six items et possède de bonnes propriétés psychométriques. Par la suite, pour 104 dyades « adolescent-éducateur », les résultats de l'ÉCOPP-Obs sont comparés à ceux de l'ÉCAOPP. Les scores obtenus à ces deux échelles sont corrélés positivement, mais d'une façon modérée. L'étude des divergences entre les deux évaluations permet la création d'une nouvelle variable (« différence entre l'observance auto-rapportée et l'observance observée par un tiers »). Des analyses portant plus spécifiquement sur ces divergences ont été réalisées et permettent d'établir que les dyades où « l'observance auto-révélee concorde avec celle observée par l'éducateur responsable » ne diffèrent pas significativement des dyades où « l'observance observée et l'observance auto-révélee divergent » en ce qui a trait à l'âge de l'adolescent, au genre de l'adolescent et de l'éducateur ou à la sévérité des troubles de comportements et symptômes psychiatriques (Youth Self Report -YSR, Teacher Report Form - TRF et Échelle d'évaluation psychiatrique - BPRS-C). Par contre, il apparaît que la région administrative des Centres jeunesse où est placé le jeune diffère significativement entre les trois groupes de dyades. En effet, les adolescents provenant de régions urbaines ont tendance à rapporter une bonne observance mais à être jugés plus sévèrement par leurs éducateurs, que ceux provenant de la banlieue ou de régions rurales.

L'observance de la prescription de médicaments psychotropes en centres de réadaptation telle qu'évaluée par un éducateur et par l'adolescent

Psychotropic medication compliance of adolescents in rehabilitation centers : A dual assessment by the educator and the adolescent himself

C. Laurier¹

D. Lafortune¹

1. Université de Montréal

Correspondance :

Centre de recherche et
d'intervention sur le suicide
et l'euthanasie (CRISE)

Université du Québec à
Montréal

C.P. 8888, Succursale
Centre-Ville

Montréal (Québec) CANADA
H3C 3P8

Tél. : 514 987-3000,
poste 6827

catherine.laurier@gmail.com

Résumé

Devant l'ampleur du phénomène de la prescription de médicaments psychotropes en centres de réadaptation, des questions se posent quant à l'adhésion (ou « observance ») des jeunes en regard de ces prescriptions. Afin d'évaluer celle-ci, nous avons déjà validé l'Échelle d'évaluation des comportements et des attitudes d'observance à la psychopharmacoprescription (ÉCAOPP) (Laurier & Lafortune, 2007), une mesure auto-révélee à compléter par les adolescents hébergés dans ces milieux. Il est toutefois apparu nécessaire d'ajouter un autre regard sur les comportements d'observance, celui de l'éducateur responsable. La présente étude n'a pas comme objectif de mesurer « l'observance réelle » de l'adolescent, mais bien d'appréhender comment la prise d'un médicament est perçue de part et d'autre, par l'adolescent lui-même et son éducateur. Il s'agit d'abord de valider l'ÉCOPP-Obs (Échelle d'évaluation des comportements d'observance à la prescription psychopharmacologique pour un observateur). La version finale retenue comprend six items et possède de bonnes propriétés psychométriques. Par la suite, pour 104 dyades « adolescent-éducateur », les résultats de l'ÉCOPP-Obs sont comparés à ceux de l'ÉCAOPP. Les scores obtenus à ces deux échelles sont corrélés positivement, mais d'une façon modérée. L'étude des divergences entre les deux évaluations permet la création d'une nouvelle variable (« différence entre l'observance auto-rapportée et l'observance observée par un tiers »). Des analyses portant plus spécifiquement sur ces divergences ont été réalisées et permettent d'établir que les dyades où « l'observance auto-révélee concorde avec celle observée par l'éducateur responsable » ne diffèrent pas significativement des dyades où « l'observance observée et l'observance auto-révélee divergent » en ce qui a trait à l'âge de l'adolescent, au genre de l'adolescent et de l'éducateur ou à la sévérité des troubles de comportements et symptômes psychiatriques (Youth Self Report -YSR, Teacher Report Form - TRF et Échelle d'évaluation psychiatrique - BPRS-C). Par contre, il apparaît que la région administrative des Centres jeunesse où est placé le jeune diffère significativement entre les trois groupes

de dyades. En effet, les adolescents provenant de régions urbaines ont tendance à rapporter une bonne observance mais à être jugés plus sévèrement par leurs éducateurs, que ceux provenant de la banlieue ou de régions rurales.

Mots clés : Adolescents; éducateurs; observance; médicaments psychotropes; psychopharmacoprescription; co-évaluation; centres de réadaptation.

Abstract

Psychotropic medication in rehabilitation centers is a common phenomenon that leads to the question of the adolescents' compliance toward this medication. To assess compliance to psychotropic medication, we first developed and validated the "ECAOPP", a behavior and attitude evaluation self-rating scale regarding compliance to psychotropic medication (Laurier & Lafortune, 2007). Then, we developed and validated a complementary measure, the "ECOPP-Obs", which brought an outside view (from their educators, or a third party) on the adolescents' compliance. The final version of this scale, presented in this article, has good psychometric properties; it includes six items in a unique factor measuring the compliance behaviors to prescribed medications. After the observation of those two measures (self-evaluation of compliance and evaluation from a third party), the results from "ECOPP-Obs" are compared to those of the "ECAOPP" for 104 dyads "adolescent-educator". Then, further analyses are performed to interpret the divergences between information from the adolescents and that given by their educators. It seems that the scores of both scales are positively correlated, but only moderately. The study of the divergences allows for the creation of a variable expressing the "difference between self-rating compliance and compliance evaluated by a third party". From these analyses, it appears that adolescents from cities are rated in a more severe way by their educators while they reported a good compliance, when they are compared to adolescents from suburbs or countries. Meanwhile, there was no difference in term of age, gender, results from behavior and symptomatic scales (Youth Self Report YSR; Teacher Report Form TRF; Brief Psychiatric Rating Scale for Children BPRS-C).

Keywords: Adolescents; educators; compliance; psychotropic medications; psychopharmacoprescription; multiple informants; readaptation centres; foster care.

Dans la région de Montréal et de ses banlieues, en 2001, la prescription de médicaments psychotropes touchait 36,6% des enfants et des adolescents hébergés dans les centres de réadaptation de trois « Centres jeunesse »¹ du Québec (Lafortune, Laurier, & Gagnon, 2004). Ces résultats ont été répliqués à plus grande échelle par le Comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les Centres jeunesse (2007). À partir d'un échantillon de 3 591 jeunes, le Comité constatait que 37% des jeunes à l'échelle du Québec prenait au moins une catégorie de médicaments psychotropes. Devant l'ampleur du phénomène, des questions se

1. Pour décrire en quelques mots quelle peut être la population des jeunes placés en Centres jeunesse, rappelons qu'en 1998, Le Conseil québécois d'agrément a confié quatre missions spécifiques à ces établissements: la délinquance juvénile; la protection de la jeunesse; les services particuliers (adoption, retrouvailles, expertise à la Cour, médiation familiale) et le développement des réseaux de milieux de vie substituts.

posent quant à l'observance (ou « adhésion ») des jeunes à leur médication. En effet, dans ces milieux, même si la consommation des médicaments s'inscrit souvent dans un contexte d'autorité et de contrainte, il y a tout lieu de présumer que les jeunes sont en mesure de se conformer ou non à leur plan d'intervention.

De manière générale, la façon d'évaluer les rapports entre les recommandations / prescriptions du médecin et les conduites du patient, de même que la terminologie employée pour y référer (i.e. observance, adhésion, concordance, etc.), varient grandement d'une étude à l'autre (Baumann, Baumann, & Alla, 2004; Baumann & Trincard, 2002; Bourgeois, 2005; Fawcett, 1995; Gordis, 1976; Grasset, Bonvin, & Pomini, 2000; Lerner, 1997; McDonald, Garg, & Haynes, 2002; Nichol, Venturini, & Sung, 1999; Sleator, 1985). Par exemple, il est possible d'évaluer l'observance à l'aide de mesures directes, telles que des analyses biochimiques et observations in-vivo, ou indirectes, telles que le jugement clinique d'un intervenant, les auto-révélation du patient, le décompte des comprimés, la consultation de registres ou le « monitoring » électronique (Baumann et al., 2004; Breen & Thornhill, 1998; Cramer & Rosenheck, 1998; Ellis, Shumaker, Sieber, & Rand, 2000; Evans & Spelman, 1983; Ghaziuddin, King, Hovey, Zaccagnini, & Ghaziuddin, 1999; Vik, Maxwell, & Hogan, 2004; Vitolins, Rand, Rapp, Sibisl, & Sevick, 2000; Willey et al., 2000). Dans les cas des traitements psychopharmacologiques, les mesures auto-révélées restent les plus utilisées (Vitolins et al., 2000). Elles comportent des avantages importants : rapides, flexibles, faciles et économiques, elles démontrent une bonne validité de contenu et permettent de connaître les motifs invoqués par les patients pour expliquer leur observance ou inobservance, partielle ou totale (Ghaziuddin et al., 1999; Vitolins et al., 2000). Il est vrai qu'elles présentent aussi des inconvénients, le principal étant qu'elles tendent à surestimer l'observance en raison de facteurs tels la désirabilité sociale, les effets de récence (tendance à ne se rappeler que des événements les plus rapprochés dans le temps) et les habiletés de l'expérimentateur à identifier les incohérences dans le discours du patient (Ellis et al., 2000; Ghaziuddin et al., 1999; Vitolins et al., 2000).

Lorsqu'on étudie l'observance des adolescents en centres de réadaptation (qui peuvent se sentir contraints de prendre une médication), il est nécessaire de questionner tant les attitudes en regard des médicaments que les comportements manifestes. En effet, les comportements peuvent parfois assez bien « correspondre aux recommandations ou prescriptions du médecin » (Haynes, 1979) tout en n'étant motivés que par simple conformisme. Dans un premier temps, il nous est donc apparu pertinent de développer une mesure bidimensionnelle de l'observance, dont les items portent à la fois sur i) les *comportements* d'observance et ii) les *attitudes* en regard de la médication prescrite. Cette grille, l'ÉCAOPP ou « Évaluation des Comportements et des Attitudes d'Observance de la Psychopharmacoprescription » est destinée à être utilisée spécifiquement auprès des adolescents en centres de réadaptation (Laurier & Lafortune, 2007). Quarante-neuf jeunes hébergés en institution (58 adolescents et 31 adolescentes), âgés de 14 à 17 ans et prenant au moins un médicament psychotrope ont accepté de participer à l'étude de validation.

Dans sa version finale, l'échelle comprend 12 items mesurant tout d'abord (a) les attitudes d'acceptation des médicaments psychotropes prescrits (sept items) et (b) les comportements d'observance à l'égard des médicaments psychotropes prescrits (cinq items). La distribution des résultats à ces deux échelles révèle que les adolescents ont en général de bons comportements d'observance en dépit d'attitudes relativement partagées dans leur appréciation des bienfaits de leurs prescriptions (Laurier & Lafortune, 2007).

L'ÉCAOPP apparaît donc comme une mesure valide et présentant une bonne cohérence interne. Elle évalue à la fois les attitudes et les comportements d'observance *tels que révélés par les adolescents eux-mêmes*. Cependant, certaines caractéristiques de cette population incitent à ne pas se contenter de l'auto-révélation. En effet, en centres de réadaptation, le contexte d'autorité qui caractérise la prise en charge, ainsi que le fait que les adolescents traversent une période de vie pouvant exacerber leurs comportements d'opposition, sont deux facteurs qui suggèrent la pertinence de faire appel à des observateurs externes (Greenhill & Setterberg, 1993; Williams, Hollis, & Benoit, 1998).

Dans plusieurs procédures d'évaluation clinique des enfants et adolescents (ex : échelles de Conners ou *Child Behavior Checklist* d'Achenbach, 1991), il est admis que l'auto-évaluation ne suffit pas (Stanger & Lewis, 1993) et qu'il est préférable de se référer à des informateurs multiples, tels que les parents, les professeurs, les cliniciens ou d'autres individus connaissant bien le jeune (Chappuy, Tréluyer, Gary, Pons, & Chéron, 2005; De Los Reyes & Kazdin, 2005; Kraemer et al., 2003; Stanger & Lewis, 1993; Youngstrom, Loeber, & Stouthamer-Loeber, 2000). Des évaluations provenant de perspectives et de contextes différents permettent une « triangulation » des informations. En effet, une vision plus complète de la problématique peut émerger grâce aux convergences et divergences entre les perspectives des acteurs impliqués dans l'intervention (Chappuy et al., 2005).

Deux perspectives ou deux phénomènes différents? Que ce soit dans le cadre de protocoles de recherche ou de contextes cliniques, plusieurs auteurs se sont intéressés à la concordance entre les évaluations effectuées par différents répondants adultes (parents ou professeurs) et par les jeunes eux-mêmes (Achenbach, McConaughy, & Howell, 1987; De Los Reyes & Kazdin, 2005; Handwerk, Larzelere, Soper, & Friman, 1999; Offord et al., 1996; Stanger & Lewis, 1993; Van der Ende & Verhulst, 2005). En général, les corrélations entre les évaluations des différents répondants, employant des échelles comparables, sont de « faibles à modérées » (Achenbach et al., 1987; De Los Reyes & Kazdin, 2005; Handwerk et al., 1999; Offord et al., 1996). Pour la plupart des chercheurs qui se sont penchés sur cette question, les coefficients de corrélation d'accord inter-juges varient en fonction de différents facteurs, dont : i) la nature des phénomènes à évaluer (ex : les troubles extériorisés versus les troubles intériorisés; Van der Ende & Verhulst, 2005; Youngstrom et al., 2000), ii) le contexte (ex : le milieu familial versus le milieu scolaire ou institutionnel; Van der Ende & Verhulst, 2005), iii) des différences de rôle, attribution de causalité ou sensibilité entre deux observateurs adultes

(Achenbach et al., 1987; De Los Reyes & Kazdin, 2005; Handwerk et al., 1999; Stanger & Lewis, 1993; Van der Ende & Verhulst, 2005), et iv) des différences d'attribution de causalité ou de sensibilité entre un jeune et un adulte.

Selon Kraemer et al. (2003), l'appréciation d'un évaluateur en ce qui concerne le comportement d'un jeune dépend : de la nature du problème mesuré, du contexte influençant l'expression de ce problème, de la perspective adoptée par l'informateur (ce qui paraît être la principale source de variance), et de l'erreur de mesure. Dans ce modèle, le contexte et la perspective sont souvent confondus nous disent les auteurs (Kramer et al., 2003) puisqu'ils peuvent varier conjointement. Par exemple, le père et la mère peuvent avoir une perspective différente de celle du professeur au sujet des comportements qu'ils observent chez l'enfant. Mais le contexte dans lequel ils évoluent est aussi différent : alors que les parents jugent du comportement de leur enfant à la maison, le professeur l'observe à l'école. Face à ces possibles divergences entre observateurs ayant à juger d'un même problème, Kraemer et al. (2003) proposent un modèle tri-dimensionnel. Des informateurs multiples sont alors choisis afin de couvrir un maximum de perspectives et de contextes différents.

De leur côté, Achenbach et al. (1987), proposent une approche « multiaxiale » où les données provenant des différents répondants sont considérées comme des syndromes distincts, plutôt que comme les perspectives complémentaires. En effet, ces auteurs expliquent que les écarts observés entre les répondants n'indiquent pas forcément un problème de validité de la mesure, mais traduisent plutôt le fait que les évaluations des uns et des autres portent sur des comportements différents, manifestés dans des contextes singuliers. À leurs yeux, les discordances entre des observateurs décrivant un même jeune sont aussi importantes que leurs accords. En effet, ces discordances révèlent des variations dans le niveau de fonctionnement, selon les contextes. Même si elles sont plus difficiles à interpréter, ces évaluations multi-facettes reflèteraient mieux la complexité de l'adaptation sociale et permettraient des diagnostics ne reposant pas que sur un seul juge (Ferdinand, Van der Ende, & Verhulst, 2004).

Sous l'angle des causes perçues d'un phénomène problématique ou de la nécessité d'intervenir, les évaluations d'observateurs adultes concordent mieux avec celles des adolescents qu'avec celles des enfants. Cela pourrait s'expliquer par la meilleure capacité des plus vieux à juger des écarts à la norme et des besoins d'aide (De Los Reyes & Kazdin, 2005). Handwerk et al. (1999) soulignent aussi que le milieu dans lequel un adolescent réside est associé à l'évaluation qu'il fait de ses troubles. À ce propos, il importe d'abord de préciser que les adolescents hébergés hors de leur famille (*out of home placements*) ont plus tendance que les autres à banaliser leurs problèmes de comportement. En outre, alors que dans la population générale les scores des jeunes au Youth Self Report (YSR) (Achenbach, 1991) sont plus élevés que ceux provenant de l'évaluation de leurs parents au Child Behavior Checklist (CBCL), cette tendance est inversée dans les milieux avec restrictions de liberté. Les évaluations des parents (CBCL) indiquent alors des problèmes plus sévères que celles des jeunes eux-mêmes.

Si, à propos d'un même problème, les points de vue d'un adulte et d'un adolescent diffèrent très souvent, et ce, même lors de l'évaluation des comportements manifestes et relativement observables, il faut alors choisir une stratégie d'analyse qui tienne compte de cette dualité (Kraemer et al., 2003). Pour ce faire, certains auteurs recommandent d'agrèger tout simplement les données, i.e. de considérer qu'un critère est atteint si au moins un des informateurs l'identifie (Bird, Gould, & Staghezza, 1992; Piacentini, Cohen, & Cohen, 1992). Cela augmente cependant les risques d'obtenir de « faux positifs », soit de conclure à l'existence d'un problème lorsqu'il n'y en a pas. D'autres proposent d'utiliser les évaluations de manière distincte, chaque observation contribuant à sa façon dans l'évaluation du problème (Cook & Goldstein, 1993; Offord et al., 1996). Selon Kraemer et al. (2003), l'idéal est d'obtenir des mesures orthogonales, c'est-à-dire des mesures indépendantes les unes des autres, avec un minimum de colinéarité.

En somme, l'ÉCAOPP a déjà révélé que les adolescents en centres de réadaptation rapportent de bons comportements d'observance, mais qu'en ce qui a trait à leurs attitudes, ils restent beaucoup plus partagés et ambivalents dans l'appréciation de leurs prescriptions de médicaments (Laurier & Lafortune, 2007). Il est néanmoins possible que le point de vue d'informateurs externes apporte un tout autre éclairage sur cette question. Cela étant établi, il faut reconnaître qu'une co-évaluation (i.e. par l'adolescent lui-même et son éducateur) des *comportements* s'avère plus simple à réaliser qu'une co-évaluation des *attitudes*, les premiers étant plus manifestes et observables. Voilà pourquoi, après avoir validé une mesure auto-révélee *des attitudes et des comportements*, nous avons conçu une échelle d'évaluation pour éducateurs qui reste centrée sur les *comportements* d'observance des adolescents (ÉCOPP-Obs).

Objectifs

Cette étude se propose de : i) valider l'ÉCOPP-Obs (Échelle d'Évaluation des Comportements d'Observance à la Prescription Psychopharmacologique pour un Observateur), ii) comparer, pour un échantillon de dyades « adolescent/ éducateur », les résultats de l'ÉCOPP-Obs et ceux de l'ÉCAOPP (version adolescent) et iii) analyser les convergences et divergences observées entre les informations données par les adolescents et celles fournies par les éducateurs (à la lumière de l'âge, du genre, des comportements problématiques et symptômes psychiatriques de l'adolescent, du genre de l'éducateur et de la région administrative).

Méthodologie

Instruments

Fiche socio-démographique

Une fiche signalétique constituée à partir du dossier institutionnel a d'abord été remplie afin de regrouper certains renseignements socio-démographiques (date de naissance, genre) et d'identifier la région administrative dans laquelle est placé l'adolescent (il s'agit en effet d'une recherche multi-sites regroupant cinq régions du

Québec). Une fiche répertoriant les médicaments prescrits au jeune a été complétée par l'éducateur-tuteur, à qui on demandait aussi de spécifier son propre genre.

Échelle d'évaluation des comportements et des attitudes d'observance de la psychopharmacoprescription (ÉCAOPP)

Tel que mentionné ci-haut, la version finale de l'ÉCAOPP comprend 12 items, dont sept (sous-échelle « attitudes ») mesurent l'acceptation des médicaments psychotropes prescrits (ex. : pour chacun des médicaments prescrits; « de manière globale, dans ta vie quotidienne par exemple : relations avec tes amis, à l'école, dans ton sommeil, est-ce que ce médicament t'aide? »; « je pense que les médicaments donnés par les psychiatres ou pédopsychiatres sont généralement efficaces »). Les cinq autres items (sous-échelle « comportements ») évaluent l'observance de la prescription des médicaments psychotropes (ex. : « je recrache mon médicament »; « je cache mon médicament »). Chacune de ces échelles montre de très bonnes propriétés psychométriques, les coefficients alpha obtenus étant de 0,81 pour le premier facteur et de 0,82 pour le second (Laurier & Lafortune, 2007).

L'Échelle d'évaluation des comportements et des attitudes d'observance de la psychopharmacoprescription pour un observateur (ÉCOPP-Obs)

Six questions tirées de l'ÉCAOPP et évaluant les comportements d'observance de la prescription de médicaments par les adolescents ont été posées aux éducateurs. Le libellé de ces questions a été modifié afin de s'adresser à un tiers (échelle présentée en annexe).

Youth Self Report (YSR) et Teacher Report Form (TRF)

L'inventaire d'Achenbach (1991) est utilisé dans le cadre de cette étude afin d'évaluer les principaux comportements problématiques des adolescents. La version F-YSR (French translation of Youth Self Report) a été administrée aux adolescents (Wyss, Voelker, Cornock, & Hakim-Larson, 2003) et la version TRF (Teacher Report Form) a été administrée aux éducateurs. Ces deux instruments comportent 113 items, équivalents dans les versions F-YSR et TRF, qui sont regroupés en huit échelles : (1) anxiété et dépression; (2) retrait et dépression; (3) plaintes somatiques; (4) problèmes sociaux; (5) problèmes de la pensée; (6) problèmes d'attention; (7) comportements déviants et; (8) comportements agressifs. Le répondant est appelé à évaluer la présence de divers comportements problématiques à l'aide d'une échelle de type Likert en trois points : « Ne s'applique pas », « Parfois vrai » ou « Souvent vrai ». Des huit échelles, deux sous-totaux sont obtenus, soit un pour les problèmes intériorisés et un autre pour les problèmes externalisés, auxquels s'ajoute un score total. Les trois scores intériorisé, extériorisé et total seront calculés dans cette étude. Les scores obtenus à chacune des échelles peuvent être convertis afin de les situer par rapport à des normes (pour des sujets de même âge et de même genre). Les scores-T ainsi obtenus peuvent être qualifiés de : « normaux », « cliniques » ou « limites ».

La cohérence interne de l'instrument, conçu pour les 4 à 18 ans, a été évaluée à 0,95 pour les problèmes comportementaux, tandis que la fidélité test-retest est évaluée à 0,84. La fidélité inter-juges entre deux adultes est élevée, le coefficient étant de 0,96. Elle est également très forte lorsque les questionnaires sont remplis par chacun des parents, le coefficient étant de 0,99. Quant à la stabilité de l'instrument conçu pour les plus jeunes, elle se situe autour de 0,70 pour les différentes sous-échelles (Lowe, 1998).

Échelle d'évaluation psychiatrique pour enfants version abrégée (BPRS-C)

Cette échelle d'évaluation des symptômes psychiatriques est très utilisée en recherche dans la mesure où elle ne nécessite que peu de connaissances spécialisées de la part de l'intervenant qui l'administre. Elle permet d'identifier des symptômes associés à des diagnostics psychiatriques et comprend 21 items divisés en sept sous-échelles : (1) problèmes comportementaux; (2) dépression; (3) troubles de la pensée; (4) excitation psychomotrice; (5) retrait-retard; (6) anxiété; (7) et organisation psychique, elle-même sous-divisée en (7.1) intériorisation, (7.2) problèmes développementaux, et (7.3) externalisation (Hugues, Rintelmann, Emslie, Lopez, & MacCabe, 2001). Il est aussi possible de se contenter du score total obtenu pour l'ensemble des échelles, qui donne une mesure de « symptomatologie psychiatrique ». C'est ce que nous ferons pour cette étude.

Participants

Les participants ont été recrutés dans les centres de réadaptation de cinq régions administratives des Centres jeunesse du Québec soit : Montérégie, Montréal, Chaudière-Appalaches, Saguenay et Lanaudière. Dans un premier temps, nous avons sollicité 104 adolescents âgés de 14 à 17 ans en vue de leur participation à une étude portant sur les facteurs associés au recours aux médicaments psychotropes en centres de réadaptation². Ils ont répondu à l'ÉCAOPP³ et au F-YSR. Dans un deuxième temps, 104 éducateurs ont été invités à remplir l'ÉCOPP-Obs, le TRF et le BPRS-C, chacun le faisant pour le jeune médicamenté dont il était responsable. Tous les participants adolescents et éducateurs ont rempli leurs questionnaires dans les centres de réadaptation. Pour chacune des dyades adolescent-éducateur, les questionnaires ont été complétés au cours de la même semaine.

Analyses statistiques

Le logiciel SPSS 13.0 pour Windows a été utilisé pour les analyses statistiques. Une première étape a permis de déterminer le nombre de facteurs dans

-
2. Lafortune, D. & Collin, J. (2002-2005), -Aspects sociaux du recours aux médicaments psychotropes dans l'intervention auprès des adolescents placés dans les centres de réadaptation.
 3. Il est à noter que les 89 premiers participants ont aussi pris part à l'étude de validation de l'ÉCAOPP (Laurier et Lafortune, 2007).

l'échelle ainsi que la proportion de la variance expliquée par chacun. Le calcul du coefficient alpha de Cronbach a ensuite permis de déterminer la consistance interne des items de l'échelle. Les comparaisons de moyennes de groupes ont été réalisées à l'aide d'un test d'ANOVA, alors que les comparaisons des données catégorielles ont été effectués à l'aide d'un test de khi-carré.

Résultats

Validité de construit et fidélité de l'ÉCOPP-Obs

Les questions concernant l'observance observée par les éducateurs se regroupent en un seul facteur réunissant six items portant sur : la prise de médication telle que prescrite, le fait de recracher, cacher, cumuler, donner à d'autres personnes ou vendre ses médicaments. Ce facteur d' « observance observée par un tiers », explique 56,6% de la variance et montre une bonne cohérence interne, avec un *alpha de Cronbach* de 0,79.

Le score brut, obtenu en cumulant les réponses aux six items, a ensuite été converti en un score allant de zéro à un. La distribution de fréquences pour cette variable est présentée à la figure 1. On y constate que l'observance, telle qu'observée par les éducateurs est très bonne, la moyenne étant de 0,96, par rapport à un maximum possible de un. Plus précisément, 58,7% des éducateurs donnent un score d'observance « parfait », de 1/1, à l'adolescent dont ils sont responsables. Cela signifie qu'ils considèrent que cet adolescent manifeste une observance totale de la prescription (question 1, annexe 1) et aucun comportement de mésusage des médicaments (questions 2 à 6, annexe 1).

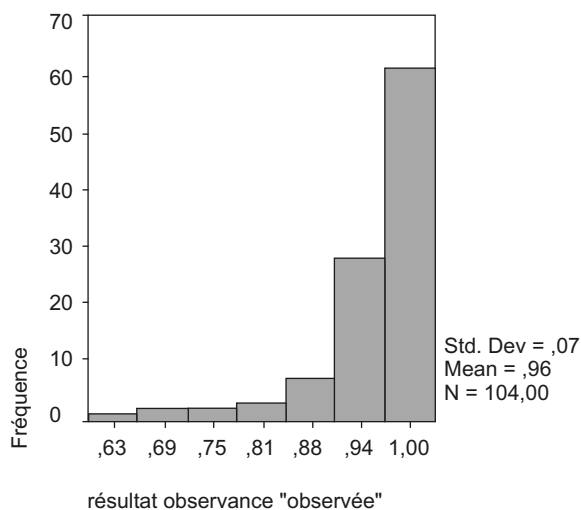


Figure 1. Distribution de l'indice des comportements d'observance tels qu'observés par les éducateurs

Concordance entre l'observance observée par les éducateurs et l'observance auto-rapportée par les adolescents : une co-évaluation

Pour les 104 dyades adolescent / éducateur, il a été possible de corrélérer le score d'observance observée par l'éducateur (ÉCOPP-Obs) au score obtenu par l'adolescent à l'ÉCAOPP, qui varie lui aussi de zéro à un (voir la distribution des indices des comportements d'observance auto-rapportés, figure 2). Les résultats de la sous-échelle des comportements auto-révélés à l'ÉCAOPP et des comportements observés (ÉCOPP-Obs) sont corrélés positivement et de façon significative ($\rho = 0,38$, $p < 0,001$), la force de cette corrélation pouvant être qualifiée de modérée. Ainsi, un adolescent perçu comme très observant par son éducateur aura tendance à obtenir un score élevé d'observance auto-révélee. Toutefois, bien que les évaluations de l'observance par l'adolescent et par l'éducateur soient corrélées positivement, ces deux mesures ne sont pas totalement équivalentes. En effet, généralement, les évaluations des éducateurs sont plus favorables que celles que font les adolescents eux-mêmes.

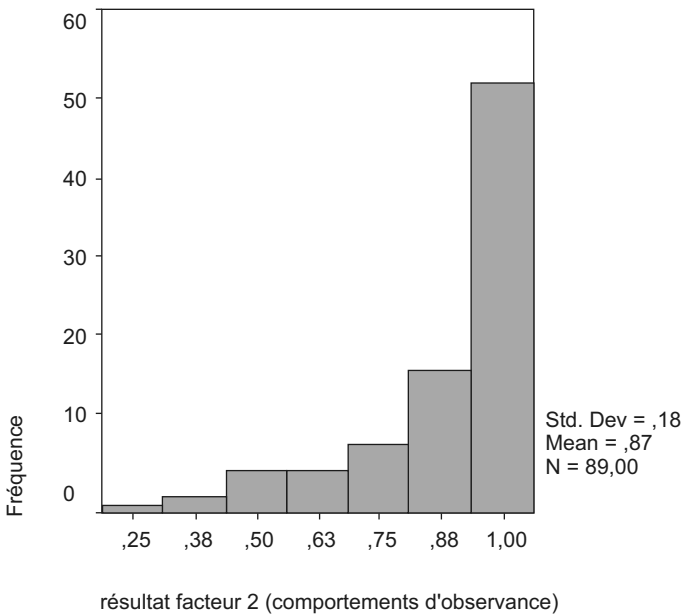


Figure 2. Distribution des indices pour le facteur 2 (ÉCAOPP) : comportement d'observance de la prescription psychopharmacologique

Dans le but précis d'évaluer les rapports entre l'observance observée par les éducateurs et celle auto-rapportée par les adolescents, nous avons créé une variable différentielle. Comme les évaluations de l'observance effectuées par les éducateurs sont en général plus favorables que celles des adolescents, nous avons soustrait les secondes des premières, une procédure qui a déjà été utilisée par Youngstrom et al. (2000) avec les YSR et TRF d'Achenbach.

Ainsi, tel que présenté à la figure 3, trois groupes de dyades peuvent être identifiées à l'aide de cette variable : (1) celles qui obtiennent une cote de « 0 », ce qui indique une adéquation parfaite entre les évaluations de l'adolescent et de l'éducateur (observance adolescent = observance éducateur), représentent 23,8% de l'échantillon; (2) celles obtenant une cote positive, ce qui traduit le fait que la « meilleure observance » est rapportée par l'éducateur (observance éducateur > observance adolescent), comptent pour 64,1% de l'échantillon; et (3) celles obtenant une cote négative, ce qui signifie que l'adolescent rapporte de « meilleurs » comportements d'observance que ne le fait son éducateur (observance éducateur < observance adolescent), représentent 13,1% des adolescents de l'échantillon.

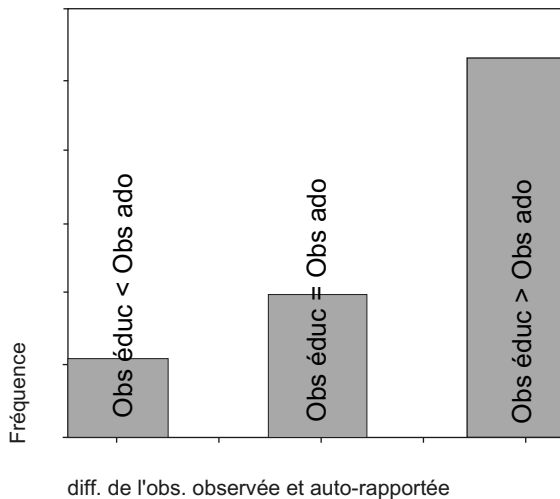


Figure 3. Distribution des adolescents selon la différence obtenue entre l'observance observée par les éducateurs (obs éduc) et l'observance auto-révélee par les adolescents (obs ado)

Afin d'examiner plus en détail ce qui distingue ces trois groupes de co-évaluations, nous les avons analysés à la lumière de l'âge, du genre, des comportements problématiques et symptômes psychiatriques de l'adolescent, du genre de l'éducateur et de la région administrative. Des analyses d'items ont aussi été réalisées et n'ont permis d'obtenir aucun résultat significatif. Les résultats des Khi carrés et des ANOVAs sont présentés dans le tableau 1 suivant.

Tableau 1
Comparaisons entre les dyades d'observance observée et d'observance auto-révélee

	Obs.éduc. < obs. ado	Obs.éduc.= obs. ado	Obs.éduc. > obs. ado	total	Test	Sign.
Âge de l'adolescent	15,4 (1,12)	15,2 (1,31)	14,7 (1,33)	14,8 (1,36)	A	n.s.
Genre de l'adolescent						
Masculin	81,8%	75%	64,2%	69%	k2	n.s.
Féminin	18,2%	25%	35,8%	31%		
Genre de l'éducateur						
Masculin	75%	46,2%	40,5%	44,4%	k2	n.s.
Féminin	25%	53,8%	59,5%	55,6%		
Région administrative						
Ville	54,5%	30%	18,9%	26,2%	k2	*
Banlieue et éloignée	45,5%	70%	81,1%	73,8%		
Nombre de médicaments prescrits	1,81 (0,98)	2,05 (1,15)	1,47 (0,77)	1,72 (0,93)	A	t
F-YSR						
Tr. Intériorisés						
Seuil normal	40%	68,4%	36,5%	44,4%	k2	t
Seuil limite	40%	21,1%	21,2%	23,5%		
Seuil clinique	20%	10,5%	42,3%	32,1%		
Tr. Extériorisés						
Seuil normal	60%	47,4%	30,8%	38,3%	k2	n.s.
Seuil limite	20%	26,3%	30,8%	28,4%		
Seuil clinique	20%	26,3%	38,5%	33,3%		

Score total						
Seuil normal	60%	78,9%	48,1%	56,8%	k2	n.s.
Seuil limite	30%	10,5%	17,3%	17,3%		
Seuil clinique	10%	10,5%	34,6%	25,9%		
TRF						
Tr. Intériorisés						
Seuil normal	80%	38,9%	52,3%	52,8%	k2	n.s.
Seuil limite	20%	27,8%	22,7%	23,6%		
Seuil clinique	0%	33,3%	25%	23,6%		
Tr. Extériorisés						
Seuil normal	20%	27,8%	31,8%	29,2%	k2	
n.s.						
Seuil limite	50%	44,4%	40,9%	43,1%		
Seuil clinique	30%	27,8%	27,3%	27,8%		
Score total						
Seuil normal	50%	38,9%	50%	47,1%	k2	n.s.
Seuil limite	40%	27,8%	23,8%	27,1%		
Seuil clinique	10%	33,3%	26,2%	25,7%		
BPRS-C						
Score total	38,4 (7,97)	36,3 (16,11)	35,1 (16,58)	36,1 (16,27)	A	n.s.

A: ANOVA; k2: khi carré; n.s.: non-significatif; t: $p < 0,1$; * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Ces analyses statistiques permettent d'établir qu'en ce qui a trait à l'âge de l'adolescent, aux genres de l'adolescent⁴ et de l'éducateur, aux résultats obtenus aux Youth Self Report (F-YSR), Teacher Report Form (TRF) et à l'échelle d'évaluation psychiatrique (BPRS-C), les dyades où «l'observance auto-révélee concorde avec celle observée par l'éducateur» ne diffèrent pas significativement de celles où l'observance observée et l'observance auto-révélee divergent. Par contre, il apparaît que la région administrative des Centres jeunesse où est placé le jeune diffère significativement entre les trois groupes de dyades; les adolescents de régions urbaines ont tendance à rapporter une bonne observance mais être jugés plus sévèrement par leurs éducateurs. Les jeunes de banlieues ou de régions plus éloignées, à l'inverse, rapportent de moins bons comportements d'observance que ce qu'observent leurs éducateurs.

Discussion

Le premier objectif de cette étude était de valider l'ÉCOPP-Obs. À cet égard, les analyses factorielles produisent une solution en un seul facteur, qui possède de bonnes propriétés psychométriques. La version finale de cette échelle (en annexe) comprend six items interrogeant les comportements d'observance ainsi que les mésusages des médicaments psychotropes prescrits. Ce facteur unique explique 56,6% de la variance et l'échelle montre une bonne cohérence interne, avec un *alpha* de Cronbach de 0,79.

Le second objectif était de comparer les résultats obtenus à l'ÉCOPP-Obs et ceux fournis par l'ÉCAOPP (version adolescent). Les scores obtenus à ces deux échelles sont corrélés positivement de façon modérée. Un adolescent qui révèle de bons comportements d'observance est, en général, considéré comme observant par un tiers. Bien qu'elles soient corrélées significativement, ces deux mesures sont loin d'être équivalentes, ce qui nous a amené à effectuer des analyses supplémentaires pour mieux comprendre ce que cette différence pouvait révéler. Ainsi, nous avons créé une nouvelle variable à partir de la différence entre ces deux mesures (résultat à la sous-échelle comportements de l'ÉCAOPP soustrait du résultat à l'ÉCOPP-Obs = différence). Dans la majorité des dyades, les éducateurs évaluent les comportements observance plus positivement que ne le fait l'adolescent lui-même.

Le troisième objectif de cette étude était d'interpréter les divergences observées entre l'évaluation de l'observance par les adolescents et par leurs éducateurs. Pour ce faire, nous avons comparé les variables socio-démographiques et les résultats aux échelles F-YSR, TRF et BPRS-C des adolescents des trois groupes ci-haut mentionnés (1; 2; 3). Ces comparaisons n'ont révélé aucune différence significative, à l'exception de la région administrative. Ce résultat,

4. Il n'a pas été possible de réaliser des analyses sur les effets d'interaction entre le genre et le type de région administrative puisque la ville ne compte pas suffisamment d'adolescentes pour permettre une telle procédure.

suggérant que les éducateurs des centres urbains jugent souvent l'observance plus sévèrement que ne le font les jeunes eux-mêmes, constitue une donnée tout à fait nouvelle, difficile à interpréter pour l'instant, et qui devra faire l'objet de travaux futurs. Il sera important de comprendre cette plus grande méfiance qu'ont les éducateurs en regard des comportements d'observance des adolescents dont ils ont la responsabilité. Par exemple, les éducateurs des grandes villes redoutent-ils plus que les autres les comportements de trafic de médicaments? Il faudra aussi regrouper un échantillon plus grand afin d'étudier les effets d'interaction, notamment entre le genre, l'âge des adolescents et la région administrative.

Pour la plupart des dyades (64%), la meilleure évaluation provient de l'éducateur, signifiant que les adolescents sont « plus sévères » envers eux-mêmes que ne le sont leurs éducateurs en ce qui a trait à leurs comportements d'observance. Étant donné les caractéristiques de la prise en charge dans les centres de réadaptation, il est possible de croire que le contexte d'autorité contribue à ce phénomène. Trois hypothèses peuvent être formulées. En premier lieu, il est possible que les adolescents, en raison de leur problématique (grande prévalence de troubles de l'opposition et de troubles des conduites, notamment) aient tendance à révéler des comportements d'observance moins bons qu'ils ne le sont en réalité, afin d'afficher une attitude d'opposition aux règles et traitements qu'on leur impose. Cette première hypothèse pourrait être qualifiée de « *faking bad*⁵ ». Deuxièmement, il est possible que les éducateurs se montrent enclins à surestimer l'observance des jeunes par désirabilité sociale, puisque l'administration des médicaments fait souvent partie de leurs tâches. De nouveau, le contexte d'autorité propre aux centres de réadaptation, pourrait créer sur eux une pression sociale et les amener à estimer que tous les jeunes répondent généralement bien à leur supervision. Finalement, il est possible de suspecter des tromperies et des cachettes de la part de l'adolescent vis-à-vis de son éducateur (« *faking good* » devant l'éducateur).

Pour une minorité de dyades (13%), les comportements d'observance auto-révélés sont meilleurs que ceux observés par l'éducateur. Deux interprétations sont ici possibles. Premièrement, l'adolescent pourrait avoir caché des éléments de mésusage lors de son auto-évaluation, auquel cas, il y aurait lieu de poser une hypothèse de « *faking good* » lors de l'administration de l'échelle. Par ailleurs, il est aussi possible que le jeune ait de meilleurs comportements d'observance que ce qu'en croit son éducateur, auquel cas il faudrait envisager que ce dernier prête à

5. Aucun équivalent en français n'a pu être identifié pour les termes « *faking good* » et « *faking bad* » qui peuvent être définis de la façon suivante (traduction libre du site de Murphy, K.R., professeur au département de psychologie de Pennsylvania State University, site internet - <http://www.personal.psu.edu/faculty/k/r/krm10/Faking.doc> - consulté le 11 janvier 2006) :

Faking bad : donner des réponses à un test qui pourraient, selon l'opinion du participant, produire des réponses qui démontrent son incapacité ou le rendent moins désirable.

Faking good : donner des réponses à un test qui pourraient, selon l'opinion du participant, augmenter le score ou créer une évaluation plus positive.

l'adolescent des résistances ou des intentions malveillantes. Toutes ces hypothèses ne peuvent être vérifiées à cette étape, étant donné l'absence de mesure objective de l'observance (par exemple, des taux plasmatiques) qui départageraient le point de vue de l'adolescent de celui de l'éducateur.

Dans le cas où nous nous serions intéressés à l'observance « réelle », il aurait été important d'ajouter des mesures biologiques pour valider nos questionnaires. Si nous n'avons pas procédé de cette façon, c'est que nous étions intéressés dans un premier temps, aux comportements d'observance tels qu'ils sont perçus de part (chez les adolescents) et d'autres (chez les éducateurs). La difficulté à interpréter les disparités obtenues entre les scores à l'échelle destinée aux éducateurs (ÉCOPP-Obs) et celle destinée aux adolescents (ÉCAOPP) révèle tout de même une limite de cette étude. Dans un éventuel travail de réplication, on pourrait envisager de faire appel à des procédures de « masquage des questions » afin que les participants ne se doutent pas de l'objet d'étude (les comportements d'observance de la prescription dans ce cas-ci) ou encore d'insérer des items mesurant la sensibilité aux phénomènes de désirabilité sociale.

L'ÉCOPP-Obs peut maintenant être utilisée en recherche, seule ou en combinaison avec l'ÉCAOPP, les deux échelles ayant été validées. Lorsqu'elles sont utilisées en combinaison, la variable émergente de la différence entre les évaluations de l'adolescent et de l'éducateur offre un indice supplémentaire qui devrait être pris en compte. En effet, cette nouvelle variable peut renseigner sur la concordance entre les évaluations auto-révéleée et observée et, ainsi, orienter l'évaluation vers l'un des ces trois cas de figure : (1) la dyade obtient une cote différentielle de « 0 », adolescent et éducateur s'entendent donc parfaitement; (2) elle obtient une cote différentielle positive, traduisant que la meilleure observance est évaluée par l'éducateur; et finalement, (3) elle obtient une cote différentielle négative, indiquant que c'est l'adolescent qui évalue son observance plus positivement. Les hypothèses relatives aux dissimulations, tendance « faking good » ou « faking bad » de l'adolescent, ainsi qu'aux pressions pouvant amener l'éducateur à considérer que « tout va bien » pourraient alors être soulevées et faire l'objet d'une discussion entre le jeune et son éducateur.

Le contexte particulier des centres de réadaptation ne permet pas de généraliser les résultats à d'autres populations qui présentent des problématiques différentes ou qui ne sont pas hébergées dans des établissements en contexte d'autorité. Il serait intéressant d'administrer l'ÉCOPP-Obs à d'autres intervenants des centres de réadaptation (i.e. infirmières, intervenants sociaux, professionnels) afin de voir comment leurs évaluations peuvent se comparer à celles des adolescents et des éducateurs. De même, l'évaluation des comportements d'observance par les parents ou d'autres observateurs non impliqués dans un contexte d'autorité ajouterait une dimension importante et pourrait aider à comprendre les différences remarquées dans cette étude. Il serait aussi indiqué d'appliquer cette grille à des échantillons d'enfants et d'adolescents qui prennent des

médicaments psychotropes mais évoluent dans d'autres environnements (i.e. milieu scolaire, milieu psychiatrique interne ou externe). En administrant ce questionnaire à diverses populations, on pourrait enfin évaluer l'influence, sur les réponses fournies par les répondants, de variables individuelles telles le quotient intellectuel, le niveau d'éducation et le type de psychopathologie.

Références

- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Youth Self-Report Form and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M., McConaughy, S.H., & Howell, C.T. (1987). Child/Adolescent Behavioral and Emotional Problems: Implications of Cross-Informant Correlations for Situational Specificity. *Psychological Bulletin*, 101 (2), 213-232.
- Bastiaens L. (1995) Compliance with pharmacotherapy in adolescents : Effects of patients' and parents' knowledge and attitudes toward treatment. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 5(1), 39-48.
- Bastiaens, L., Chowdhury, S., & Gitelman, L. (2000). Medication samples and drug compliance. *Psychiatric Services*, 51 (6), 819.
- Baumann, M., Baumann, C., & Alla, F. (2004) Non observance des psychotropes : Implication thérapeutique mutuelle du patient et du médecin généraliste. *La Presse Médicale*, 33, 445-448.
- Baumann, M., & Trincard, M. (2002). Les attitudes d'autonomie dans l'observance thérapeutique d'une cohorte de consommateurs continus de psychotropes. *L'Encéphale*, 28, 389-396.
- Bird, H.R., Gould, M.S., & Staghezza, B. (1992). Aggregating data from multiple informants in child psychiatry epidemiological research. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(1), 78-85.
- Bourgeois, J.A. (2005). Compliance with Psychiatric Treatment in Primary Care: Review and Strategies. *Primary Psychiatry*, 12(6), 40-47.
- Breen, R., & Thornhill, J.T. (1998) Noncompliance with medication for psychiatric disorders : Reasons and remedies. *CNS Drugs*, 9(6), 457-471.
- Chappuy, H., Tréluyer, J.-M., Gary, A., Pons, G., & Chéron, G (2005). Observance médicamenteuse chez l'enfant. *Archives de pédiatrie*, 12, 921-923.
- Comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les Centres jeunesse. (2007). *Proposition d'orientation relatives aux services de réadaptation pour les jeunes présentant, outre des problèmes de comportement ou un besoins de protection, des troubles mentaux et qui sont référés dans les ressources des centres jeunesse du Québec*, Montréal: Association des Centres jeunesse du Québec.
- Cook, W.L., & Goldstein, M.J. (1993). Multiple perspectives on family relationships: A latent variables model. *Child Development*, 64, 1377-1388.
- Cramer, J.A., & Rosenheck, R. (1998). Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. *Psychiatric Services*, 49 (2), 196-201.
- De Los Reyes, A., & Kazdin, A.E. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: A critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological Bulletin*, 131 (4), 483-509.
- Ellis, S., Shumaker, S., Sieber, W., & Rand, C. (2000). Adherence to pharmacological interventions. Current trends and future

- directions. *The Pharmacological Intervention Working Group. Controlled Clinical Trials*, 21(5 Suppl), 218S-225S.
- Evans, L., & Spelman, M. (1983). The problem of non-compliance with drug therapy. *Drugs*, 25(1), 63-76.
- Fawcett, J. (1995). Compliance: definitions and key issues. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56(Suppl 1), 4-8.
- Ferdinand, R.F., van der Ende, J., & Verhulst, F.C. (2004). Parent-adolescent disagreement regarding psychopathology in adolescents from the general population as a risk factor for adverse outcome. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(2), 198-206.
- Ghaziuddin, N., King, C.A., Hovey, J.D., Zaccagnini, J., & Ghaziuddin, M. (1999). Medication noncompliance in adolescents with psychiatric disorders. *Child Psychiatry and Human Development*, 30 (2), 103-110.
- Gordis, L. (1976). Methodologic issues in the measurement of patient compliance. In Sackett D., Haynes R. B. (Eds.). *Compliance with Therapeutic Regimens* (pp.51-66). Baltimore : Johns Hopkins University Press.
- Grasset, F., Bonvin, E., & Pomini, V. (2000). Pharmacothérapie psychotrope, compliance au traitement et observance des prescriptions. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 120(2), 137-143.
- Greenhill, L.L., & Setterberg, S. (1993). Pharmacotherapy of disorders of adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 16(4), 793-814.
- Handwerk, M.L., Larzelere, R.E., Soper, S.H., & Friman, P. C. (1999). Parent and child discrepancies in reporting severity of problem behaviors in three out-of-home settings. *Psychological Assessment*, 11(1), 14-23.
- Hughes, C.W., Rintelmann, J., Emslie, G.J., Lopez, M., & MacCabe, N. (2001). A revised anchored version of the BPRS-C for childhood psychiatric disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 11(1), 77-93.
- Kraemer, H.C., Measelle, J.R., Ablow, J.C., Essex, M.J., Boyce, W.T., & Kupfer, D.J. (2003). A New approach to integrating data from multiple informants in psychiatric assessment and research: Mixing and matching contexts and perspectives. *American Journal of Psychiatry*, 160(9), 1566-1577.
- 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 psycho-éducation*, 33(1), 157-176.
- Laurier, C., & Lafortune, D. (2007). Validation de l'Échelle d'évaluation des comportements et des attitudes d'observance des prescriptions psychopharmacologiques (ÉCAOPP). *Revue canadienne des sciences du comportement*, 39(4), 326-338.
- Lerner, B.H. (1997). From careless consumptives to recalcitrant patients: the historical construction of non-compliance. *Social Sciences and Medicine*, 45 (9), 1423-1431.
- Lowe, L.A. (1998). Using the Child Behavior Checklist in assessing conduct disorder: Issues of reliability and validity. *Research on Social Work Practice*, 8, 286-301.
- McDonald, H.P., Garg, A.X., & Haynes, R.B. (2002). Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: Scientific review. *Journal of the American Medical Association*, 288 (22), 2868-2879.
- Murphy, K.R., (2006). Site internet du professeur. <http://www.personal.psu.edu/faculty/k/r/krm10/Faking.doc> - consulté le 11 janvier 2006.
- Nichol, M.B., Venturini, F., & Sung, J.C. (1999). A critical evaluation of the methodology of the literature on medication compliance. *Annals of Pharmacotherapy*, 33(5), 531-540.
- Offord, D.R., Boyle, M.H., Racine, Y., Szatmari, P., Fleming, J.E., Sanford, M., et al. (1996). Integrating assessment data from multiple informants. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1078-1085.
- Piacentini, J.C., Cohen, P., & Cohen, J. (1992). Combining discrepant diagnostic information from multiple sources: Are complex algorithms better than simple ones? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20(1), 51-63.

- Sleator, E.K. (1985). Measurement of compliance. *Psychopharmacology Bulletin*, 21 (4), 1089-1093.
- Stanger, C., & Lewis, M. (1993). Agreement among parents, teachers, and children on internalizing and externalising behavior problems. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22 (1), 107-115.
- Van der Ende, J., & Verhulst, F.C. (2005). Informant, gender and age differences in ratings of adolescent problem behavior. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14, 117-126.
- Vik, S.A., Maxwell, C.J., & Hogan, D.B. (2004). Measurement, correlates, and health outcomes of medication adherence among seniors. *The Annals of Pharmacotherapy*, 38(2), 303-312.
- Vitolins, M.Z., Rand, C.S., Rapp, S.R., Ribisl, P.M., & Sevick, M.A. (2000). Measuring adherence to behavioral and medical interventions. *Controlled Clinical Trials*, 21 (5 Suppl), 188S-194S.
- Willey, C., Redding, C., Stafford, J., Garfield, F., Geletko, S., Flanigan, T., et al. (2000). Stages of change for adherence with medication regimens for chronic disease: Development and validation of a measure. *Clinical Therapeutics*, 22 (7), 858-871.
- Williams, R. A., Hollis, H. M., & Benoit, K. (1998). Attitudes toward psychiatric medications among incarcerated female adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(12), 1301-1307.
- Wyss, C.A., Voelker, S.L., Cornock, B.L., & Hakim-Larson, J. (2003). Psychometric properties of a French-Canadian translation of Achenbach's Youth Self-Report. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 35 (1), 67-71.
- Youngstrom, E., Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (2000). Patterns and correlates of agreement between parent, teacher, and male adolescent ratings of externalizing and internalizing problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 1038-1050.

Annexe

Échelle d'observation de l'observance de la psychopharmacoprescription (ECOPP-Obs)

1- L'adolescent prend-t-il ses médicaments?

- ⁵ Le jeune prend toujours son (ses) médicament(s) (avec ou sans encouragements et/ou conséquences négatives).
- ⁴ Le jeune prend très souvent son (ses) médicament(s) (3 fois sur 4).
- ³ Le jeune prend souvent son (ses) médicament(s) (1 fois sur 2).
- ² Le jeune prend parfois son (ses) médicament(s) (1 fois sur 4).
- ¹ Le jeune prend rarement son (ses) médicament(s) (moins d'une fois sur 4).
- ⁰ Le jeune ne prend jamais le(s) médicament(s) qui lui est (sont) prescrit(s).

2- L'adolescent recrache-t-il son (ses) médicament(s) ?

- ⁵ Toujours
- ⁴ Très souvent (3 fois sur 4)
- ³ Souvent (1 fois sur 2)
- ² Parfois (1 fois sur 4)
- ¹ Rarement (moins d'une fois sur 4)
- ⁰ Jamais

3- L'adolescent cache-t-il ou dissimule-t-il son (ses) médicament(s) ?

- ⁵ Toujours
- ⁴ Très souvent (3 fois sur 4)
- ³ Souvent (1 fois sur 2)
- ² Parfois (1 fois sur 4)
- ¹ Rarement (moins d'une fois sur 4)
- ⁰ Jamais

4- L'adolescent cumule-t-il son (ses) médicament(s) ?

- ⁵ Toujours
- ⁴ Très souvent (3 fois sur 4)
- ³ Souvent (1 fois sur 2)
- ² Parfois (1 fois sur 4)
- ¹ Rarement (moins d'une fois sur 4)
- ⁰ Jamais

5- L'adolescent donne-t-il à d'autres son (ses) médicament(s) ?

- ⁵ Toujours
- ⁴ Très souvent (3 fois sur 4)
- ³ Souvent (1 fois sur 2)
- ² Parfois (1 fois sur 4)
- ¹ Rarement (moins d'une fois sur 4)
- ⁰ Jamais

6- L'adolescent vend-t-il son (ses) médicament(s) ?

- ⁵ Toujours
- ⁴ Très souvent (3 fois sur 4)
- ³ Souvent (1 fois sur 2)
- ² Parfois (1 fois sur 4)
- ¹ Rarement (moins d'une fois sur 4)
- ⁰ Jamais