RAPPORT FINAL

Étude médico-psychologique d'adolescents placés en Centre Éducatif Fermé en France

PSY-VS-VA-CEF

Septembre 2019

Pr Guillaume BRONSARD
Psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, CHRU de Brest

EA7479 (SPURBO, Université de Bretagne Occidentale), EA3279 (CEReSS, Aix Marseille Université)

Pr Laurent Boyer

Centre d'Études et de Recherches sur les Services de Santé et Qualité de vie (CEReSS), EA 3279, Aix-Marseille Université

Attachée de Recherche Clinique Coordinatrice : Issaga DIALLO BOGREAU

Remerciements

Nous tenons à remercier la Direction Nationale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (DNPJJ) pour son accompagnement permanent au cours de la recherche.

Les adolescents qui se sont largement impliqués ainsi que leurs parents qui ont permis les rencontres.

Les directeurs, les responsables d'unité, les pôles santé, les éducateurs des CEF dont les actions et le soutien ont été décisifs pour l'inclusion des adolescents et notre insertion ponctuelle dans la dynamique institutionnelle.

Composition du comité scientifique

- Pr Philippe Duverger : Pédopsychiatrie, CHU d'Angers
- Pr Jean-Philippe Raynaud : Pédopsychiatrie, CHU de Toulouse
- Pr Michel Botbol : Pédopsychiatrie, CHU de Brest
- Pr Sylvie Tordjman : Pédopsychiatrie, CHU de Rennes
- Pr David Dafonseca : Pédopsychiatrie, CHU de Marseille
- Pr Bruno Falissard : Santé Publique, INSERM, Paris
- Pr Pascal Auquier : Santé Publique, EA 3279, CHU de Marseille
- Mr Luc-Henry Choquet : Sociologue, responsable du pôle Recherche, Direction Nationale PJJ
- Dr Florent Cosseron : Pédopsychiatre, Direction Nationale PJJ, MDA 93
- Dr Aurelien Varnoux : Pédopsychiatre, Direction Régionale PJJ IDF, Paris
- Dr Patricia Suter : Pédopsychiatre, Direction Régionale PJJ PACA, Marseille

Cette étude a été financée par :

- La Direction Nationale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (36 550 euros)
- Direction Générale de la Santé (10 000 euros)
- Direction Générale de la Cohésion Sociale (15 000 euros)

Sommaire

I. Introduction : Contexte et objectif 9

II. Méthodes et procédures 14

1) Population étudiée 15

2) Préparation du personnel des CEF, enquêteurs et coordination 15

3) Critères d'inclusion 16

4) Outils de recueil des données 16

a) Questionnaire socio-démographique 16

b) Prévalence psychiatrique, profils psychologiques, et exposition aux traumatismes psychiques précoces 16

5) Circuit des données 20

6) Saisie et traitement automatisés des données 20

7) Stockage et gestion des archives papiers et informatiques 21

8) Analyses statistiques 21

9) Autorisations et aspects éthiques 22

10) Loi informatique et libertés 23

11) Confidentialité 23

III. Résultats 24

1) Déroulé général de l'étude 25

2) Prévalence psychiatrique (Minikid) 26

a) Taux de prévalence bruts, trouble par trouble 26

b) Taux cumulés des prévalences des pathologies psychiatriques 27

c) Trouble des conduites et comorbidités 27

3) Caractéristiques psychologiques 28

a) Suicidalité 28

b) Impulsivité 28

c) Empathie 28

d) Attachement 28

e) Estime de soi 29

f) Raisons de vivre 29

g) Personnalité borderline 29

h) Consommation de psychotropes 29
i) Estimation du niveau intellectuel 29
4) Antécédents socio-judiciaires (Questionnaire socio-démographique) 30
5) Exposition aux expériences aversives de l'enfance (ACE) 30
6) Analyse comparative de sous groupes 31
a) Caractéristiques psychologiques 31
b) Caractéristiques socio-judiciaires 32
c) Exposition aux psychotraumatismes dans l'enfance 32
7) Liens et corrélations entre certains troubles et certaines caractéristiques psychologiques 32
a) ACE et troubles psychiatriques 32
b) Attachement et troubles psychiatriques 32
c) Estime de soi et troubles psychiatriques 33
IV. Discussion des résultats 34
1) Faisabilité des recherches médico-psychologiques auprès d'une population d'adolescents confiés à la PJJ 35
2) Représentativité de l'échantillon 36
3) Validité et intérêt clinique de la comparaison des groupes 1 et 2 (TC isolé & autres Troubles Psychiatriques) 36
4) Synthèse des résultats 38
a) Prévalence psychiatrique élevée 38
b) Suicidalité élevée et particulière 38
c) Niveau intellectuel : estimation globalement basse mais non homogène 39
d) Estime de soi assez élevée 39
e) Empathie et impulsivité ordinaires 39
f) Prévalence de l'exposition aux traumatismes précoces élevée 39
⌦ Taux très élevé d'incarcération d'un membre de la famille 39
⌦ Prévalence de pathologie mentale chronique ou addiction chez les parents 39
⌦ Prévalence des violences conjugales 40
g) Corrélation score d'ACE et Trouble des Conduites exclusive 40
h) Différences entre le groupe des TC isolé (Gr1) et le groupe des autres troubles psychiatriques, avec ou sans TC (Gr2). 40
i) Facilité du dépistage de la dépression par des outils simples 41

5) Recommandations 41
a) Développer l'enseignement en psychopathologie et psychiatrie de l'enfant auprès du personnel des CEF, en formation initiale et continue 42
b) Développer un enseignement de «pédopsychiatrie sociale » en faculté de médecine et auprès des soignants 42
c) Développer la recherche médico-psychologique dans le contexte spécifique de la PJJ 42
d) Développer les dépistages simples et systématiques 43
e) Développer un partenariat formalisé entre service de santé mentale pour adolescent (MDA, service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent) et les CEF 43
V. Bibliographie 45
VI. Annexes 49
1) Avis comité d'éthique Université Aix Marseille 50
2) Engagement de conformité CNIL 51
3) Avis Comité de Protection des Personnes (CPP) 52
4) Notice d'information adolescent 54
5) Notice d'information parents 55
6) Questionnaire socio-démographique 58
7) Liste synthétique des questionnaires utilisés 60
8) Comptes rendus conférences téléphoniques 61
a) 24 janvier 2017 : réunion de lancement 61
b) 21 avril 2017, point d'étape 1 64
c) 05 décembre 2017, point d'étape 2 67
d) 26 juin 2018, point d'étape 3 70

Avant propos

Nous avons souhaité mettre en place une étude épidémiologique explorant la santé mentale des adolescents placés en Centre Éducatif Fermé (CEF) sur le territoire français. Il s'agit d'une étude transversale et multicentrique.

L'étude proposée initialement comportait une étape principale et des étapes secondaires (juillet 2016). Il s'agissait principalement d'obtenir les mesures de prévalence des troubles mentaux, de l'exposition à des expériences négatives pendant l'enfance et de certaines caractéristiques psychologiques et anamnestiques chez les adolescents placés, à partir de la rencontre en face à face et la passation de questionnaire et d'auto-questionnaire.

L'étude devait ensuite envisager le dosage du cortisol salivaire et l'enregistrement du sommeil. Le protocole complet a été déposé au comité d'éthique d'Aix Marseille Université en juillet 2016 et a reçu un avis favorable en novembre 2016 (cf. annexe).

Cependant la mise en place effective de l'étude a été ultérieure à la loi Jardé (novembre 2016). Le dosage du cortisol salivaire et l'enregistrement du sommeil impliquait dans ce nouveau contexte une qualification a minima en catégorie 2 induisant des modifications de procédures concernant en particulier le portage institutionnel, le cadre administratif, les assurances avec des conséquences significatives sur les délais et les coûts. Nous avons choisi alors de suspendre cette étape, et de renforcer l'étape principale.

I. Introduction : Contexte et objectif

Nous développons un travail de recherche auprès d'enfants et d'adolescents, explorant les liens existant entre troubles psychiques, violences subies et violences agies (Psy-VS-VA). Ce travail a été amorcé en 2007 par un partenariat entre le laboratoire de Santé Publique de la faculté de médecine de Marseille (EA 3279), la Maison Départementale de l'Adolescent et l'Aide Sociale à l'Enfance des Bouches-du-Rhône (CG13, Marseille). Nous avons analysé la situation et l'état d'enfants placés en foyers sociaux. Nos études ont permis de montrer qu'il existait chez les enfants placés une prévalence élevée de pathologies psychiatriques (50%), notamment chez les filles, mais aussi que la distribution et l'expression des troubles présentaient des spécificités, et enfin que le dépistage et le traitement de ces troubles étaient défaillants (Bronsard et al., 2010 ; 2011 ; 2013).

Nous poursuivons l'exploration et l'analyse des liens entre ces trois dimensions en étudiant certaines caractéristiques médicales et psychologiques d'adolescents placés en Centre Éducatif Fermé (CEF).

Ce projet de recherche a comme partenaire principal la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) qui est l'administrateur central des CEF. Il a été financé par la PJJ, la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) et la Direction Générale de la Santé (DGS).

Les CEF ont été créés en 2002 (loi Perben n°2002-1138 du 9 septembre 2002). Ils sont gérés par le ministère de la justice, qui décrit leur fonctionnement comme suit :
« Les Centres Éducatifs Fermés (CEF) : Ils accueillent 10 à 12 mineurs délinquants (crimes ou délits) multirécidivistes de 13 à 18 ans. C'est un dispositif éducatif, alternatif à la détention. Les CEF se caractérisent par une fermeture juridique : le non-respect par le mineur des conditions du placement et des obligations fixées par la décision du magistrat peut entraîner sa mise en détention. La prise en charge repose sur un accompagnement constant du mineur à l'intérieur et à l'extérieur du centre. Le quotidien est structuré sur un rythme intensif comportant un suivi sanitaire et psychologique ; des activités d'enseignement et de formation professionnelle qui doivent permettre l'acquisition des savoirs de base (lecture,

écriture, gestes professionnels) ; du sport. Le directeur du centre et le magistrat font régulièrement le point sur l'évolution du mineur pendant les 6 mois du placement. » (cf. : http://www.justice.gouv.fr/justice-des-mineurs-10042/la-dir-de-la-protection-judiciaire-de-la-jeunesse-10269/les-etablissements-de-placement-18684.html).

Les CEF, en particulier par leur pôle santé, ont aussi une mission de santé, notamment préventive. La pratique d'évaluations médico-psychologiques, de suivis simples, et de mesures de l'évolution au cours du placement, correspondent à des actes ordinaires possibles dans ces institutions.

Notre démarche de recherche correspond à une approche observationnelle non interventionnelle et sans modification significative de la prise en charge de l'adolescent (Catégorie 3 des recherches impliquant la personne humaine au sens du décret N°2016-1537 du 16 novembre 2016, loi Jardé).

Les adolescents placés en CEF : une population à haut risque médico-psychologique

Les adolescents sont placés en CEF par jugement concernant des actes délictueux multiréitérants ou particulièrement graves qu'ils ont commis ou dont ils sont accusés. Il s'agit le plus souvent d'une alternative à une incarcération. Les études de prévalence des troubles mentaux auprès des adolescents délinquants dans certains pays occidentaux montrent des taux de prévalence de troubles mentaux et comportementaux élevés (Fazel et al, 2008 ; Colins et al, 2011). Des taux aussi très élevés, atteignant 90%, sont retrouvés chez les adolescents incarcérés avec une forte prédominance pour les troubles externalisés, et en particulier le trouble des conduites (Vreugdenhil et al, 2004). Par ailleurs, l'existence de troubles psychiques est un facteur largement reconnu comme dégradant les effets des actions éducatives auprès des adolescents (Hebborn-Brass et al, 1990).

L'étude des facteurs de vulnérabilité de cette population montre de fréquents dysfonctionnements familiaux précoces et durables, ainsi que l'exposition à des traumatismes psychiques répétés, maltraitances, (Schmid et al, 2013) ou de façon plus générale des expériences négatives pendant l'enfance.

Cependant, ces différentes études ne sont pas facilement comparables, notamment d'un pays à l'autre. Les outils de mesures sont variés selon les études, et les dispositifs et cadres socio-juridiques sont différents selon les pays, rendant nécessaire une étude spécifique auprès des adolescents placés en CEF en France si l'on souhaite des données précises à leur sujet.

Par ailleurs, la forte prédominance du trouble des conduites dans les prévalences rapportées rend utile de rechercher des facteurs morbides associés plus spécifiques et surtout moins liés aux critères de la délinquance qui sera de fait présente chez les adolescents placés en CEF. Des dimensions transnosographiques comme l'exploration du fonctionnement cognitif ou le profil d'attachement doivent être recherchées.

Le placement en CEF devrait faciliter la mise en place d'un protocole de recherche clinique

La recherche clinique auprès d'enfants placés ou plus largement « en danger », est facilement entravée par la mobilité des adolescents pris en charge (fugues, changement de lieu d'hébergement) et les difficultés de régulation institutionnelle pouvant exister dans les milieux socio-éducatifs (Bronsard et al, 2011 ; Ford et al, 2007). Les études auprès des adolescents hébergés en foyers que nous avions réalisés n'avaient permis de rencontrer qu'un tiers des adolescents initialement prévus (Bronsard et al. 2011). De même, Marie Choquet et son équipe n'avaient pu recueillir qu'un cinquième environ des questionnaires adressés aux adolescents de la PJJ en milieu ouvert ou mixte (Choquet et al, 1998, 2003). Les difficultés spécifiques d'organisation des protocoles de recherche sur ces terrains ont été régulièrement rapportées dans ces différentes études. Etudier les adolescents en centres fermés devrait faciliter la régulation et l'organisation des rencontres, et donc la mise en place du protocole de recherche

Les adolescents de CEF sont donc une population à haut risque concernant le développement de troubles psychiques, l'existence de facteur de vulnérabilité, en particulier les violences ou carences subies pendant l'enfance. Ils constituent de plus un groupe a priori peu mobile, ce qui devrait favoriser la mise en place du protocole.

Les résultats peuvent faciliter le dépistage de certain troubles psychiques et la mise en place de traitement adapté pour ces adolescents, orienter certaines pratiques éducatives et favoriser l'articulation des actions socio-éducatives et médico-psychologiques.

Nous avons souhaité décrire l'état médico-psychologique actuel des adolescents placés en CEF sur le territoire français et les éventuels liens pouvant être établis entre l'exposition aux traumatismes psychiques de l'enfance et le développement de caractéristiques morbides ou de pathologies mentales.

Nous avons mesuré pour cela les prévalences psychiatriques, celle de l'exposition aux traumatismes et certaines caractéristiques psycho-comportementales (profil d'attachement, suicidalité, raisons de vivre, impulsivité, empathie, coping, personnalité, niveau de développement). Nous avons également étudié les liens entre l'exposition aux traumatismes et les caractéristiques psychiatriques et psycho-comportementales.

II. Méthodes et procédures

1) Population étudiée

Les adolescents étudiés sont placés en CEF et sont âgés de 13 à 17 ans inclus. Il est nécessaire qu'ils soient francophones. Les adolescents candidats sont volontaires.

18 CEF candidats ont été désignés par l'administration centrale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) et sont répartis sur l'ensemble du territoire :

Marseille 9ème (Bouches-du-Rhône, Secteur Public), Marseille 14ème (Bouches-du-Rhône, Associatif), Montfavet (Vaucluse, Secteur Public), Brignoles (Var, Secteur Public), Narbonne (Aude, Secteur Associatif), Nîmes (Gard, Secteur Public), Limayac (Aveyron, Secteur Associatif), Saint Paul d'Espis (Tarn et Garonne, Secteur Associatif), Gévezé (Ile et Villaine, Secteur Associatif), La Jubaudière (Maine-et-Loire, Secteur Associatif), Allones (Sarthe, Secteur Associatif), St Brice Sous Forêt (Val-d'Oise, Secteur Public), Epinay Sur Seine (Seine Saint-Denis, Secteur Public), Bures sur Yvettes (Essonne, Secteur Public), Savigny Sur orge (Essonne, Secteur Public), Combs-La-Ville (Seine-et-Marne, Secteur Associatif), Doudeville (Seine-Maritime, Secteur Associatif,)

2) Préparation du personnel des CEF, enquêteurs et coordination

La préparation de l'ensemble du personnel des CEF est apparue nécessaire pour permettre la mise en place d'une telle étude.

La diffusion de l'information auprès de tous les acteurs de terrains et l'organisation de réunions préalables avec chaque CEF ont été préparées avec l'administration centrale de la PJJ puis régionale. Les psychiatres, psychologues et infirmières de la PJJ au niveau central, régional et local (pôle santé) ont pu être impliqués dans l'organisation pratique qui a cependant nécessité des adaptations dans chaque région voire chaque CEF concerné.

Les questionnaires ont pu être passés par les pôles santé (en particulier pour les hétéro-questionnaires) et les éducateurs référents pour accompagner les auto-questionnaires, ou encore l'ARC en personne. Ils ont été formés spécifiquement à l'utilisation des questionnaires et accompagnés par l'équipe porteuse de l'étude, qui s'est déplacée sur site lorsque cela a été nécessaire.

3) Critères d'inclusion

Tout adolescent (13 – 17 ans inclus) accueilli dans les CEF sélectionnés, installé depuis au moins 15 jours et francophone.

Ils ont donnés leur accord. Les parents ont été informés et ont du donner leur accord.

Les notes d'information ont été remises aux mineurs et à leurs représentants légaux au moment de l'admission pour les nouveaux mineurs qui arrivent dans le CEF.

Les notes d'information pour les parents ont été envoyées par courrier pour les mineurs qui étaient déjà dans le CEF au moment du démarrage de l'étude, après avoir été joint par téléphone ou à l'occasion d'une visite par le responsable du CEF.

4) Outils de recueil des données

a) Questionnaire socio-démographique

Un questionnaire socio-démographique construit par l'équipe de recherche est complété par des informations issues de l'interrogatoire ou du dossier : âge, description de la famille (fratrie, parenté), antécédents médicaux (suivis préalables, hospitalisations et motifs, prise régulière de médicaments), médico-sociaux (admission en ITEP (institut thérapeutique éducatif et pédagogique), IME (Institut Médico-Éducatif), niveau scolaire (dernier niveau connu, redoublement, scolarité adaptée), suivis sociaux (AEMO (Assistance Éducative en Milieu Ouvert) et placements ASE (Aide Sociale à l'Enfance) (cf. questionnaire « socio-démographique » en annexe).

b) Prévalence psychiatrique, profils psychologiques, et exposition aux traumatismes psychiques précoces

Cette étape nécessite l'organisation de rencontres individuelles entre les adolescents et l'enquêteur (infirmière, psychologue ou médecin du pôle santé) accompagné si nécessaire par l'attachée de recherche coordinatrice du projet.

L'activité d'évaluation médico-psychologique des adolescents en CEF n'est pas une démarche en soi inhabituelle. Il est considéré en effet que le pôle santé des CEF puisse organiser, dans le cadre ordinaire d'un placement, une évaluation médico-psychologique auprès des adolescents. La passation de questionnaires au sujet de leur état psychologique

n'est donc pas en rupture avec les prises en charge habituelles, d'autant plus que les questionnaires de cette recherche sont utilisés par les membres du pôle santé et/ou l'éducateur référent de l'adolescent dans le CEF.

Les questionnaires ne permettent pas de définir immédiatement un diagnostic médical à l'issu de l'entretien puisque des calculs de score doivent être réalisés à distance.

Mais en cas de détection d'une éventuelle souffrance ou trouble psychique à l'issu des entretiens, le pôle santé pouvait prendre le mineur en charge comme il a l'habitude de le faire dans sa pratique courante et l'orienter si nécessaire vers les services pédopsychiatriques.

⌦ **Prévalence psychiatrique**

Le Mini International Neuropsychiatric Interview pour enfant **(MINI KID)** version 2.00 permet un recueil des données rapide (15 à 20 mn) par la rencontre d'un adolescent avec un clinicien ou un professionnel de l'enfance ayant reçu une formation minimale. Il produit un diagnostic basé sur la nosographie du DSM-IV.

Un **questionnaire de Conners** (Conners Rating Scales in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, 1998) - renseigné par les professionnels des CEF - explorant les différents troubles du comportement est aussi utilisé. Les données recueillies sont croisées avec celles des auto-questionnaires remplis par les jeunes.

⌦ **Profils psychologiques**

Nous avons également utilisé des questionnaires définissant certaines caractéristiques psychologiques tels que:

- **Trouble de personnalité limite** : ***l'auto-questionnaire Ab-DIB*** (Abbreviated-DIB, Guilé et al, 2009), rempli par le jeune est utilisé. Il couvre les composantes affectives, cognitives et impulsives du trouble de la personnalité limite (TPL).

- **Coping : *l'échelle ACS*** (Adolescent Coping Scale)**,** conçue et validée en Australie par Frydenberg et Lewis (1993) évalue les comportements spécifiques utilisés pour faire face à une situation ou pour résoudre un problème.

- **Echelles d'empathie et d'attachement** : ***l'échelle d'empathie pour enfant et adolescent*** de Bryant (1982, traduit en français, en 2008, Daniel C.)[1], instrument le plus utilisé, permet la mesure des dimensions cognitives et affectives de l'empathie.

  Une exploration de l'attachement peut être réalisée par l'utilisation de ***l'inventaire de l'attachement aux parents et aux pairs*** (IPPA, d'Armsden et Greenberg ; 1987, traduction et rétro traduction en français, Touch N, Sigel I, 2006).

- **Echelle d'impulsivité et l'inventaire d'hostilité** : Pour l'évaluation de l'impulsivité nous utilisons le ***Questionnaire d'Eysenck***, section impulsivité. Cet auto-questionnaire de 24 items rempli par le jeune de 8-17 ans (Eysenck et al, 1984) bénéficie de normes établies lors de deux études en population générale canadienne et britannique.

  Pour l'hostilité nous utilisons la version adolescent de ***l'Inventaire d'Hostilité de Buss-Durkee*** (Boone et al, 1988). Cette version (questionnaire de 24 items utilisable chez les 12-17 ans) est recommandée par la revue de littérature de Collett et al (2003) et par le manuel INSERM sur les troubles des conduites de l'adolescent (2005). La traduction française de la BDHI fait l'objet d'une étude de fiabilité incluant un test-retest en population clinique francophone (Guilé et al, 2008).

- **Estime de soi** : elle est évaluée à l'aide de ***l'échelle d'estime de soi*** (EES-10) de Rosenberg, version traduite au français par Evelyne et al. (1990). C'est une échelle de 10 items qui mesure globalement l'estime de soi en tenant compte à la fois des ressenties positifs et négatifs vis-à-vis de soi-même.

- **Raisons de vivre** : elles sont évaluées à l'aide du ***Reasons for Living Inventory for Adolescents*** (RFL-A). Cet outil a été développé et validé par Osman, Downs, Kopper, Barrios, Baker, Osman, Besett et Linehan (1998). Cet instrument évalue les croyances qui mènent un adolescent à vouloir vivre et ne pas poser un geste suicidaire. Ce questionnaire comprend 32 items regroupés en 5 sous-échelles, à savoir les raisons

[1] Bryant, R, (1982), An index of empathy for children and adolescents. *Child Development*, 53,413-425. Daniel C (2008) *Evaluation des effets du programme de développement de l'empathie chez des enfants présentant des difficultés relationnelles*. Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal.

de vivre liées aux liens familiaux (LF), à la peur du suicide (PS), à la confiance en soi (CS), à l'acceptation des pairs et au soutien (APS) et à l'espérance face au futur (EF).

- **Suicidalité et de dépressivité** : le risque suicidaire est évalué à l'aide de ***l'Échelle d'Évaluation de Columbia sur la Gravité du Risque Suicidaire*** (C-SSRS) élaborée par Posner et al. à partir des définitions des comportements suicidaires de « The Columbia History Form »[2]. Il s'agit d'un questionnaire administrable en face-à-face.

  La dépression est évaluée à l'aide de ***l'ADRS*** (Adolescent Depression Rating Scale, Revah-Levy et al, 2007)[3], auto-questionnaire qui, en même temps qu'il a montré sa validité, est court, avec seulement 10 items, et répond donc aux besoins de l'étude. A noter qu'une prévalence de la dépression sera aussi issue du MINIKID

- **Estimation du niveau intellectuel** : une estimation du niveau global est faite à l'aide du ***test des Matrices de Raven***. Le résultat à ce subtest permet d'estimer un niveau par rapport à la moyenne d'âge et d'évoquer une déficience intellectuelle.

L'adolescent peut le remplir seul ou se faire aider par son éducateur référent.

⌦ ***Prévalence des traumatismes psychiques précoces***

Le « Questionnaire d'étude sur les expériences négatives durant l'enfance », **ACE (Adverse Childhood Experience)** systématise les questions explorant les expériences à risque pendant l'enfance, en particulier la maltraitance. Une partie de ce questionnaire concerne les dysfonctionnements familiaux, les abus et négligences. L'élaboration de cette échelle a permis de montrer le lien entre maltraitance au cours de l'enfance et problèmes de santé publique chez l'adulte (Felitti 1998).

Deux heures sont nécessaires pour la passation de l'ensemble de ces questionnaires. La passation peut se faire en une ou deux séances.

[2] Oquendo M. A., Halberstam B. & Mann J. J., *Risk factors for suicidal behavior: utility and limitations of research instruments. Dans M.B. First [Ed.]* Standardized Evaluation in Clinical Practice*, p.103 -130, 2003*
[3] A. Revah-Levy et al. (2007) « The Adolescent Depression Rating Scale (ADRS) : a validation study »

5) Circuit des données

Le recueil des données (sur la base d'auto-questionnaires et de questionnaires face à face) s'est fait sur papier au sein des CEF. Un code est attribué à chaque adolescent inclus. Celui-ci se compose comme suit : le nom du CEF suivi d'un numéro d'ordre par centre d'inclusion. Exemple : « Le Marquisat01 ».
Un fichier de correspondance est tenu. Le fichier est gardé par le CEF et détruit à la fin de l'étude.

Ce recueil se fait par le pôle santé du CEF (infirmière, psychologue, médecin) pour les hétéro-questionnaires et avec l'aide des éducateurs pour les auto-questionnaires.

Les questionnaires remplis sont gardés dans une armoire fermant à clé dans le bureau du directeur du centre. L'ARC récupérera les questionnaires sous enveloppe cachetée à la fin des inclusions.

6) Saisie et traitement automatisés des données

La saisie des données à partir du questionnaire papier se fait sur EpiData par l'attachée de recherche clinique coordinatrice de l'étude. La base de données est accessible par un login et un mot de passe.

Les traitements des données sont réalisés par le P^{r} Laurent Boyer, médecin de santé publique, spécialisé en épidémiologie, prévention et économie de la santé, le D^{r} Guillaume Bronsard et l'attachée de recherche clinique.

L'expérience du P^{r} Boyer garantit que cette recherche est conduite selon les bonnes pratiques cliniques, constituant un ensemble d'exigences de qualité dans les domaines éthique et scientifique, qui doivent être respectées lors de la planification, la mise en œuvre, la conduite, le suivi, le contrôle de qualité, l'audit, le recueil des données, l'analyse et l'expression des résultats. Le respect de ces bonnes pratiques cliniques garantit la protection des droits, la sécurité et la protection des personnes qui se prêtent à ces recherches et la préservation de leur anonymat ainsi que la crédibilité (intégrité, authenticité, vérifiabilité) et la précision des données et des résultats de ces recherches.

Toutes les informations recueillies sont uniquement destinées à l'étude. Elles sont présentées sous forme de résultats agrégés.

7) Stockage et gestion des archives papiers et informatiques

Une fois les questionnaires saisis, ils sont archivés dans une armoire fermant à clé dans le bureau de l'investigateur coordonnateur. Les données papiers sont conservées pendant 15 ans alors que les données informatisées sont conservées sans limite de temps.

8) Analyses statistiques

Les analyses ont fait l'objet de l'élaboration d'un protocole d'exploitation statistique spécifique et détaillé rédigé par l'équipe en charge de l'encadrement méthodologique et statistique du projet (Responsable L. Boyer) conformément aux Bonnes Pratiques. Les exploitations ne sont conduites qu'après vérification de la validité de la base et gel des données. Les principales analyses se font à l'aide des logiciels statistiques SAS (V.9.13) et SPSS (V.20).

Dans un premier temps, une analyse descriptive de l'état médico-psychologique des adolescents placés en CEF portant sur l'ensemble de l'échantillon a été réalisée. Les variables qualitatives sont présentées sous la forme de proportions et effectifs, les variables quantitatives à l'aide des moyennes et écart-type, ou médiane et quartiles. Pour chaque variable est précisée la proportion de données manquantes. La normalité de ces paramètres est évaluée à l'aide des histogrammes de fréquence et de tests de Shapiro ; des transformations mathématiques simples sont utilisées afin de normaliser les données non normales.

Les scores du MINI sont calculés afin de déterminer les prévalences des pathologies psychiatriques, et les scores de l'ACE permettent de calculer les antécédents de traumatismes psychiques précoces. Ces prévalences sont présentées assorties de leurs intervalles de confiance à 95%. Les liens entre les pathologies psychiatriques et les différentes variables identifiées comme déterminants (sociodémographiques et scolaires, état médico-psychologique...) sont testés à l'aide de test t de Student ou Mann-Whitney et de tests du chi-deux. Des analyses multivariées (type régression logistique) sont réalisées

afin de déterminer la part réelle de chaque déterminant sur la pathologie psychiatrique dépistée. Les variables retenues dans les modèles sont identifiées a priori (variables potentiellement confondantes) et sont également retenues sur la base des analyses univariées ($p<0.20$).

9) Autorisations et aspects éthiques

Ce projet s'inscrit dans le cadre d'une recherche non interventionnelle (catégorie 3) au sens de l'article L.1121-1 alinéa 3.

Il est soumis au nouveau dispositif réglementaire qui s'applique aux recherches « impliquant la personne humaine», à savoir la loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (dite loi Jardé) telle que modifiée par l'ordonnance n° 2016-800 du 16 juin 2016, et ses décrets d'application.

A ce titre, elle a fait l'objet d'une demande et a obtenu un avis favorable auprès d'un Comité de Protection des Personnes (cf. annexes).

Une notice d'information a été distribuée aux patients, rédigée conformément aux recommandations réglementaires, rappelant notamment l'objectif de l'étude, les bénéfices et les risques liés à cette étude, le déroulement de l'étude et l'ensemble des dispositions légales auxquelles les patients ont droit.

La démarche de recherche dans son ensemble a été organisée en libre adhésion des adolescents et de leur famille, et avec l'implication des professionnels de terrain, familiers des adolescents. Cette préparation proximale avec les professionnels est déterminante pour la réussite de la démarche globale.

Une déclaration auprès du Comité d'Ethique de l'université d'Aix Marseille qui examine les conditions de réalisation des recherches expérimentales sur les comportements humains au regard des critères éthiques de l'information, du consentement des personnes se prêtant à la recherche et de la confidentialité des données a été faite. Le comité a jugé que « le projet ne pose pas de problème éthique ou réglementaire » (AVIS n°2016-09-11-1, du 10 novembre 2016).

10) Loi informatique et libertés

Les données recueillies lors de l'étude font l'objet d'un traitement informatisé et conformément à la loi "Informatique et Libertés" n°78-17 du 6 janvier 1978 (article 40), ces données ne seront transmises qu'au promoteur et, le cas échéant, aux autorités sanitaires habilitées, dans des conditions garantissant leur confidentialité.

Le recueil des données a été anonymisé dans sa totalité, en conformité avec les règles et recommandations de la CNIL. L'informatisation des données n'intègre pas les noms des participants et porte uniquement sur des données ne permettant pas une identification directe ou indirecte des personnes concernées.

Les données sont accessibles avec un mot de passe. Aucune utilisation du fichier à distance n'est possible.

Les adolescents sont libres de participer et d'interrompre leur participation sans justification. Les parents ont été informés et pouvaient refuser la participation partielle ou totale de leur enfant, sans justification. Les adolescents et leurs parents ont été informés de l'absence de lien entre la démarche de recherche et la procédure pénale.

Une restitution des résultats globaux et de leur interprétation auprès des adolescents et leur famille, et aux professionnels à distance de l'étude pourra être organisée.

L'étude a été déclarée à la CNIL et a reçu un récépissé attestant sa conformité à la méthodologie MR003 sous le N° 2079988 v 0 du 03 juillet 2017

11) Confidentialité

Le personnel médical et non médical impliqué dans cette étude est soumis au secret médical et professionnel vis-à-vis des données recueillies au cours de l'étude. Les informations recueillies auprès des jeunes resteront strictement confidentielles. Elles seront conservées sous un format papier à l'intérieur d'un local fermant à clé. Elles sont saisies sur un support informatique et bénéficient d'un traitement automatisé. Ce traitement informatisé ne permet pas l'identification directe ni indirecte des sujets. L'ensemble de ces données ne peut être consulté que par l'investigateur principal et les responsables de la base de données.

III. Résultats

1) Déroulé général de l'étude

La recherche effective s'est déroulée entre octobre 2017 et juin 2018.

Neuf CEF ont été en position institutionnelle favorable pour accueillir la démarche de recherche :

- Saint Paul d'Espis
- Doudeville
- La Jubaudière
- Allones
- Les Cèdres (Marseille 9ème)
- Montfavet
- Nîmes
- Gévezé
- Nouvel horizon (Marseille14ème)

Carte des CEF ayant participés à la recherche

- 113 adolescents ont pu être inclus et leurs données exploitées.

Tout au long de la recherche, des réunions de travail téléphoniques régulières entre la DNPJJ, les équipes des CEF, le comité de pilotage et l'équipe de recherche (promoteur et attachée de recherche clinique) ont été réalisées pour échanger sur les inclusions, les difficultés rencontrées et les solutions à entreprendre.

Aucun incident n'a été rapporté, avant, pendant et après la passation.
Cependant la recherche a été globalement difficile à mettre en place, nécessitant une implication présentielle régulière de l'équipe de recherche (ARC). La raison principale est l'aspect inhabituel de la démarche de recherche médicale dans ce type de centre.

- Description de la population incluse :
  - Sex-ratio (H/F) : 17,8
  - Age = 15.8 / Min-Max = 13-18 ans

2) Prévalence psychiatrique (Minikid)

a) Taux de prévalence bruts, trouble par trouble

TROUBLES	TAUX
Absence de trouble	9.8%
Episode Dépressif Majeur actuel	7,6%
Hypomanie vie entière	9,8%
Manie vie entière	23,9%
Agoraphobie	8,6%
Phobie sociale	2,2%
Troubles obsessionnels compulsifs (Toc)	3,3%
Troubles Panique	1,1 %
Troubles des conduites (TC)	81,5%
Anorexie actuelle	3%
Syndrome post traumatique (PTSD)%	5,4%

Troubles de déficit de l'attention, hyperactivité mite (TDAH m)	5,6%
Troubles de déficit de l'attention avec hyperactivité prédominant sur l'inattention (TDAH i)	12%
Troubles de déficit de l'attention avec Hyperactivité, prédominant sur l'hyperactivité (TDAH h)	9.8%
Episode psychotique actuel	4.3%
Trouble de l'humeur psychotique actuel	4.4%

Un même individu peut présenter plusieurs troubles, expliquant que la somme est supérieure à 100%)

b) Taux cumulés des prévalences des pathologies psychiatriques

TROUBLES	TAUX
Absence de trouble actuel	9.8%
Troubles de l'humeur	16,7%
Troubles anxieux actuels	19,6%
Troubles psychotiques actuels	7,7%
Troubles déficit de l'attention hyperactivité (TDAH)	26,1
Troubles des conduites (TC)	81,5%
Consommation de psychotropes à plusieurs reprises pour sommeil ou angoisse	40%

Nous avons ici cumulés les catégories morbides connexes selon les nosographies classiques.

Un individu peut présenter plusieurs troubles cumulés, expliquant une somme supérieure à 100%.

A noter que le taux de dépression exploré par l'ADRS est de 17,3%, soit très proche de celui exploré par le MINI KID.

c) Trouble des conduites et comorbidités

Le trouble des conduites est très fréquent chez les adolescents placés en CEF et donc peu discriminant. Nous détaillons les résultats des associations de troubles, notamment pour le

TC pour une analyse plus fine. Nous avons mis en avant 3 sous-catégories : TC isolé sans trouble associé, TC associé à un autre trouble, autre trouble sans TC.

TROUBLES	TAUX
TC global	81,5%
TC isolé	44,6%
TC + autre troubles Psy	37% *
Autre troubles Psy sans TC	8.7%
Absence de trouble	9.8%

* 37% des adolescents présentent un TC associé à d'autres troubles psychiatriques : Humeur (14%), Psychose (4%), THADA (20%), Trouble Anxieux (14%)

3) Caractéristiques psychologiques

a) Suicidalité

Echelle de Columbia (SD)	Taux
Idéation suicidaire (vie entière)	14%
Préparation suicidaire	2%
Tentative de suicide (TS) interrompue	2%
Tentative de suicide (TS) aboutie	17.7 %

b) Impulsivité

Echelle d'Eysenk : score moyen (13/23)

c) Empathie

Echelle de Bryant : score moyen

d) Attachement

Score de l'échelle IPPA : score moyen, meilleur dans l'attachement à la mère (puis amis et père)

e) Estime de soi

Echelle EES-10 : score moyen supérieur (32/40)

f) Raisons de vivre

Echelle RFL : score moyen

g) Personnalité borderline

Echelle Ab-Dib : score moyen

h) Consommation de psychotropes

Données issus du questionnaire socio-démographique : 40% des adolescents ont utilisés des psychotropes pour les angoisses et/ou le sommeil.

i) Estimation du niveau intellectuel

Un niveau intellectuel global peut être estimé à partir de l'analyse des réponses aux Matrices de Raven.

Les recueils de données de 69 adolescents ont pu être exploités de façon satisfaisante.

La répartition des scores sur l'ensemble de la population :

- Très faible : 18.8%
- Limite : 20.3%
- Moyen faible : 20.3%
- Moyen : 34.8%
- Moyen fort : 4.3%
- Supérieur : 1.4%

Nous retenons que 59.4% des adolescents ont un score inférieur à la moyenne dont 1/3 en deçà des scores de déficience, rapporté à l'âge du développement.

4) Antécédents socio-judiciaires (Questionnaire socio-démographique)

	Taux
Aide éducative dans la famille	70%
Placements	70%
Parents vivant ensemble	27%
Condamnation ou mise en examen pour atteintes aux biens	70%
Condamnation ou mise en examen pour atteintes aux personnes	75%
Condamnation ou mise en examen pour trafic de stupéfiants	40%

5) Exposition aux expériences aversives de l'enfance (ACE)

	Taux
Violence émotionnelle	21,8%
Violence physique	31%
Violence sexuelle	10.3%
Négligence physique	21.8%
Négligence émotionnelle	9.2%
Absence du père	46%
Mère victime de violence	19.5%
Addiction sévère d'un parent	26.8%
Maladie mentale d'un parent	29.3%
Membre de la famille en prison	56.3%

6) Analyse comparative de sous groupes

Nous avons isolés deux sous-groupes d'adolescents afin de comparer leurs caractéristiques. Le groupe des ***adolescents présentant un trouble des conduites isolé***, correspondant à 44.6% de l'ensemble (Groupe 1, N= 51) et un deuxième groupe ***d'adolescents présentant des troubles psychiatriques autres***, avec TC (37%) ou sans TC (8.7%) soit 45.7% des adolescents (Groupe 2, N=52).

Nous pouvons comparer les caractéristiques de ces deux groupes.

Nous présentons les résultats faisant apparaitre une différence significative entre les 2 groupes, en faveur ou en défaveur d'un des groupes. Les résultats non rapportés ne présentent pas de différence significative.

a) Caractéristiques psychologiques

Il existe des différences significatives en défaveur du groupe 2 (Tb psy), c'est-à-dire évoquant un état plus vulnérable ou plus morbide concernant :

- Attachement à la mère (IPPA)
- Sentiment d'abandon (IPPA)
- Hostilité globale, Agressivité verbale uniquement (Buss)
- Impulsivité affective (Eysenk)
- Trouble de la personnalité (affectif) (AB-Dib)
- Utilisation des psychotropes pour l'angoisse ou le sommeil (QS SD)
- TS Avérée (x2) (Columbia) : Les TS sont beaucoup plus nombreuses dans le groupe 2, mais pas les idéations ou les préparations suicidaires qui sont identiques.
- Estimation du niveau intellectuel : Le groupe 1 (TC isolé) montre des scores supérieurs : 37.17 contre 27.3 pour le groupe 2 (Tb psy avec ou sans TC). Le calcul statistique ne montre cependant pas de différence significative sur les scores globaux (puissance insuffisante probable). En revanche, il existe une différence significative si on compare les deux groupes par sous groupes (sous groupes des adolescents

présentant un score inférieur à la moyenne, cut off à 38). En effet 45.5% des adolescents du groupe 1 ont un score inférieur à la moyenne, tandis que 72.4% des adolescents du groupe 2 ont un score inférieur à la moyenne avec un p significatif (0.032).

En revanche, les adolescents du groupe 2 ont une caractéristique plus favorable :

- Coping productif (ACS) : Il existe une différence significative en faveur du groupe 2 (Tb PSY avec ou sans TC) concernant le coping, évoquant des possibilités de réponse thérapeutique supérieure.

b) Caractéristiques socio-judiciaires

Les condamnations ou mises en examen pour trafic de stupéfiants sont plus fréquentes pour le groupe 1. Il n'y a pas de différence pour les autres caractéristiques.

c) Exposition aux psychotraumatismes dans l'enfance

Il existe une différence significative en défaveur du groupe 2 pour :

- Abus émotionnel
- Abus sexuel
- Pathologie mentale d'un parent

7) Liens et corrélations entre certains troubles et certaines caractéristiques psychologiques

Nous avons cherché à faire apparaitre des liens ou des corrélations significatives entres différents troubles ou caractéristiques psychologiques.

a) ACE et troubles psychiatriques

L'intensité du TC apparait significativement corrélée à l'intensité du score ACE. Les autres troubles, notamment le THADA, les troubles de l'humeur et anxieux ne font pas apparaitre de corrélation importante.

b) Attachement et troubles psychiatriques

Les troubles de l'humeur sont corrélés négativement à la qualité de l'attachement sur les sous catégories attachement à la mère, communication et aliénation.

Les troubles anxieux sont corrélés négativement à la qualité de l'attachement au père et aux amis.

Il n'y a pas de lien avec les autres troubles mentaux.

c) Estime de soi et troubles psychiatriques

Seul un lien avec les troubles anxieux est apparu. A noter, une absence de lien avec les troubles dépressifs.

IV. Discussion des résultats

1) Faisabilité des recherches médico-psychologiques auprès d'une population d'adolescents confiés à la PJJ

La mise en place a été globalement difficile et n'a pu aboutir que dans 9 des 18 CEF désignés pour l'étude par la Direction Nationale de la PJJ.

Au minimum, ce type de démarche de recherche scientifique du champ médical est inhabituel dans ce milieu professionnel. Elle est parfois apparue suspectée de « médicalisation de la délinquance ou des comportements déviants rattachée à une idéologie sécuritaire», induisant des positions affectives variées mais intenses. Ce sujet est important et doit être travaillé entre l'équipe de recherche et celles des CEF. Il est une part importante de la préparation. Les éventuels avantages pour le suivi des adolescents doivent être largement présentés et discutés, ainsi que les risques d'une médicalisation de délinquance autoritaire et sans recul.

A de nombreuses reprises, les circonstances institutionnelles au moment de l'annonce de la mise en place étaient défavorables (situation de crise récente, manque de personnel, etc.), faisant souvent reporter puis parfois annuler la démarche.

L'organisation des passations des questionnaires a été possible lorsqu'elle était intégrée à l'emploi du temps des adolescents, et d'autant plus facile que cela était présenté et prévu dès l'entrée de l'adolescent.

La présence d'un pôle santé (infirmière, psychologue, médecin) effectif a toujours été très favorable à la mise en place. La passation des hétéro-questionnaires par un membre du pôle santé et un accompagnement aux auto-questionnaires par un éducateur familier semblent être optimaux. Cependant, la passation par des professionnels extérieurs a été à chaque fois possible et finalisée. Nous notons enfin que la totalité des entretiens avec les adolescents (2h30 en moyenne en 1 ou 2 fois) s'est déroulée sans heurt ni rupture et qu'il n'y a pas eu de refus de parents à notre connaissance.

Nous pouvons retenir que la démarche est possible et reproductible dans certaines conditions.

2) Représentativité de l'échantillon

Les neuf CEF ayant participé de façon aboutie à l'étude sont répartis de façon variée sur le territoire, urbain et rural et appartenant aux deux modèles administratifs existants (privé ou public).

Concernant les adolescents inclus, nous avons pu comparer certaines de leurs caractéristiques socio-démographiques à celles de l'ensemble des adolescents des CEF centralisées de façon nationale (étude SERC/PJJ sur le profil des mineurs placés en CEF, 2018).

Les âges, le sex-ratio, et des éléments de la situation familiale et de protection de l'enfance ne laissent pas apparaitre de différence significative.

Age : VS VA CEF : moyenne 15.8 / SERC : -15ans 11%, >15ans 89%, > 16ans 33%

Sex-ratio: VSVA CEF : 17.3 / SERC : 13.3

Placements ou aide éducative préalable au CEF : VS VA CEF 70% / SERC 59%

Parents séparés : VS VA CEF : 73% / SERC 60%

3) Validité et intérêt clinique de la comparaison des groupes 1 et 2 (TC isolé & autres Troubles Psychiatriques)

La très grande prévalence du trouble des conduites dans notre étude, comme dans les autres études internationales, pointe les limites de la spécificité de cette catégorie nosographique dans une population recrutée sur la réalité juridique d'une délinquance. Les aspects subjectifs, adaptatifs (donc dépendant en partie de la tolérance effective du milieu) de ce syndrome sont régulièrement discutés et ont pu faire l'objet de controverse à importante dimension idéologique (expertise collective de l'INSERM sur le trouble des conduites de l'enfant et de l'adolescent, 2005). L'aspect discuté des délimitations de catégories est un élément central du travail de toute la nosographie médicale. En psychiatrie, la forte charge affective liée à la définition du normal et du pathologique ajoute une intensité aux discussions. Concernant le trouble des conduites de l'adolescent, le recouvrement important, mais en fait partiel, avec la catégorie juridique « délinquance » renforce encore cette intensité, et parfois la confusion.

« La caractéristique essentielle du trouble des conduites est un ensemble de conduites répétitives et persistantes, dans lequel sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales correspondant à l'âge du sujet » (DSM-IV). Cette définition implique qu'il soit attendu que de nombreux adolescents rencontrés en CEF émargent à ce trouble avec une prévalence entre 80 et 90%, comme dans les autres études auprès de mineurs délinquants.

Mais il est important de noter que l'aspect « répétitif et persistant » de la définition médicale établit une différence notable avec la délinquance. Un adolescent peut ainsi avoir commis des actes qualifiables de « délit », sans que cela corresponde à des conduites répétitives et persistantes, et ne pas entrer dans la catégorie TC. Inversement, les actes d'un adolescent présentant un TC, peuvent pour des raisons administratives ou de circonstances ne pas être qualifiés juridiquement de délit. Le recouvrement de ces deux entités appartenant à des champs conceptuels et pratiques différents n'est donc pas total, et la qualification « TC » nécessite une procédure diagnostique quelle que soit la réalité juridique du délit.

Le TC n'est pas assimilable à la délinquance mais s'en approche de façon importante. Les services de suivi des délinquants comme ceux de la PJJ ont de fait à traiter majoritairement des adolescents présentant un TC tel que les études internationales (cf. supra) et nos résultats le montrent.

En revanche, les autres troubles psychiatriques mesurés dans cette étude (troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles psychotiques, THADA) ne sont pas définis par des actes ou comportements recouvrant des délits. Mais ils peuvent s'y associer.

Nous faisons l'hypothèse que le groupe d'adolescents placés en CEF présentant un TC isolé (44.6%) pourrait correspondre à un profil psycho-comportemental « ordinaire » pour un service spécialisé de la PJJ.

Au contraire, le groupe d'adolescents présentant d'autres troubles psychiatriques (anxiété, trouble de l'humeur, THADA, psychose) associés ou non à un TC pourrait correspondre à des adolescents mettant en difficulté particulière les équipes éducatives de la PJJ. En effet ces dimensions anxieuse, dépressive, « spontanément agité et inattentif » comme dans le

THADA ou encore des troubles de la perception et de l'interprétation comme dans les psychoses devraient perturber de façon formelle la relation et donc le lien éducatif. Il pourrait correspondre à un groupe différent, pour lequel des suivis spécifiques médico-psychologiques devraient être mis en place. Ce groupe représente 45.7% des adolescents placés en CEF.

Nous avons comparé ces deux groupes, celui des adolescents « ordinaires de CEF » (Gr1) et celui des adolescents présentant des troubles psychiatriques autres que le trouble des conduites, associé ou non à un TC.

4) Synthèse des résultats

a) Prévalence psychiatrique élevée

La prévalence globale est très élevée avec 90.2% des adolescents présentant au moins un trouble. Une très forte prédominance du TC, avec plus de 80%, mais de nombreux autres troubles existent aussi. La comorbidité, qui est un facteur de confusion clinique est elle aussi élevée, en particulier associé au TC (37%). Ces chiffres sont proches, bien que plus élevés, des taux rapportés dans d'autres études internationales (Vreugdenhill et al 2004 ; White et al, 2016).

b) Suicidalité élevée et particulière

Les idéations suicidaires sont plutôt moins élevées qu'en population générale. Elles sont ici retrouvées à 14% alors qu'elles dépassent souvent les 20% (Choquet et al 1994). Les tentatives de suicide déclarées sont beaucoup plus fréquentes dans notre population. En effet, la prévalence des TS chez l'adolescent est régulièrement rapportée autour de 5% (Choquet et al. 1994) et elles sont ici rapportées chez 17.7% des adolescents.

En revanche, les idéations suicidaires régulièrement rapportées en population générale adolescentes sont estimées à 26% chez les garçons (Choquet et al., 1994). Elles sont dans notre cohorte moindre, avec une taux de 18%.

L'élément le plus inattendu est la fréquence plus élevée des TS que des idéations suicidaires, qui en population générale sont 3 à 4 fois plus fréquentes que les TS. Nous avions déjà trouvé cet élément surprenant auprès d'adolescents placés en foyers sociaux (Bronsard et

al., 2013). Ces éléments évoquent que le passage à l'acte est plus impulsif et que la phase d'idéation préalable peut être absente.

c) Niveau intellectuel : estimation globalement basse mais non homogène

60% des adolescents ont fonctionnement cognitif global estimé inférieur à la moyenne, ce qui par définition est un élément remarquable et différentiateur. 18.8% ont des scores les rangeant dans le champ de la déficience formelle. Inversement près de 6% montrent une intelligence élevée à supérieure, montrant une inhomogénéité.

d) Estime de soi assez élevée

Les chiffres rapportés sont là aussi inattendus. Les taux de dépression et d'anxiété élevés pouvaient annoncer une estime de soi globalement basse, ce qui n'est pas le cas. L'estime de soi est mesurée par un auto-questionnaire spécifique interrogeant sa propre représentation de soi. Chez les adolescents placés en CEF, n'apparait pas de discours auto-dépréciateur, ne signifiant cependant pas une absence de dépressivité, mais plutôt une façon différente d'exprimer son état, qui ne passe pas par une sensation de mal être dépressif associé à une demande d'aide spécifique, rendant la reconnaissance de leur besoin en santé mentale plus difficile.

e) Empathie et impulsivité ordinaires

A noter des scores moyens pour les échelles d'empathie et d'impulsivité. Ces scores sont cependant plus utiles à la comparaison de groupes entre eux qu'en référencement à des normes.

f) Prévalence de l'exposition aux traumatismes précoces élevée

Les chiffres présentés sont issus d'un hétéro-questionnaire (ACE). Il existe des éléments familiaux remarquables, défavorables et à taux élevés :

- **Taux très élevé d'incarcération d'un membre de la famille**

Le taux de 56.2% est très élevé, et concerne de plus les incarcérations en cours.

- **Prévalence de pathologie mentale chronique ou addiction chez les parents**

La prévalence des troubles mentaux et des conduites addictives sévères chez les parents est élevée, respectivement à 29.3% et 26.8%. Ces chiffres sont obtenus par interrogatoire au

cours d'un hétéro-questionnaire (ACE). Ils paraissent beaucoup plus élevés que les chiffres d'enquête par interrogatoire évaluant la prévalence à 14% en population générale (enquête ESPS, 2008, IRDES), même si le mode d'obtention des réponses est différent, rendant ces chiffres non directement comparables.

⌦ **Prévalence des violences conjugales**

Le taux de 19.5% est 20 fois plus élevé que celui classiquement retenu en population générale (enquête « Cadre de vie et sécurité » 2012-2018 - INSEE-ONDRP)

g) Corrélation score d'ACE et Trouble des Conduites exclusive

L'intensité du score ACE exprime l'importance de l'exposition aux psychotraumatismes de l'enfance. Une corrélation a été retrouvée avec le TC. Plus le score d'ACE est élevé, plus le TC est important. Ceci n'est pas retrouvé avec d'autres troubles. Il est pourtant reconnu que l'exposition aux psychotraumatismes est un facteur de risque d'un nombre important de troubles mentaux, notamment les troubles anxieux et dépressifs, mais aussi les troubles psychotiques (Bronsard et al., 2016). Dans le cas des adolescents des CEF, les psychotraumatismes semblent ne pas favoriser le développement de la plupart des troubles psychoaffectifs, mais uniquement le TC. Le développement du TC pourrait « compenser », voire contourner le développement des autres troubles, et les remplacer.

h) Différences entre le groupe des TC isolé (Gr1) et le groupe des autres troubles psychiatriques, avec ou sans TC (Gr2).

Nous avons construit deux groupes d'adolescents selon la présence de troubles psychiatrique autre que le TC à comparer avec celui présentant un TC isolé.

Quelques différences significatives renforcent notre hypothèse que le Gr2 présente des caractéristiques relationnelles pouvant perturber la relation éducative. En effet, le Gr2 montre plus d'agressivité verbale, d'hostilité. Le sentiment d'abandon souvent en jeu dans les difficultés à recevoir une aide est aussi renforcé dans ce groupe associé à une perturbation plus importante de la personnalité. De même ces adolescents consomment plus de psychotropes. Enfin, les TS sont significativement plus fréquentes. Les éléments comportementaux et relationnels classiquement rapportés par les éducateurs au champ psychiatrique sont vérifiés pour ce groupe. On note par ailleurs que ce groupe est plus

performant concernant le coping que le groupe 1 évoquant une efficacité de l'aide psychothérapique plus importante.

La situation familiale et l'histoire de l'enfance du Gr2 montre aussi des différences significatives avec le Gr1. En effet, les abus y ont été plus fréquents, l'attachement à la mère est plus perturbé et enfin l'existence de parents porteurs de troubles mentaux y est plus fréquente.

Enfin, concernant le niveau intellectuel, le groupe 1 rapporte des taux supérieurs à la moyenne dans la majorité des cas, contrairement au groupe 2 rapportant une large majorité en deçà de la moyenne.

Les différences entre les deux groupes apparaissent sur des éléments et phénomènes cohérents. Le groupe 1 (TC isolé) présente bien moins de vulnérabilité globale que le groupe 2 (Tb Psy avec ou sans TC) et nous pouvons imaginer des propositions de suivi et d'accompagnement différents, au moins partiellement.

i) Facilité du dépistage de la dépression par des outils simples

Le taux de dépression rapporté par l'outil ADRS est le même que celui rapporté par le MINI KID. Contrairement à ce dernier, l'utilisation de l'ADRS est très simple, puisque le score est obtenu en quelques minutes en questionnaire autonome ou accompagné, sans formation particulière. Cet outil est adapté au milieu des CEF.

5) Recommandations

La forte prévalence psychiatrique et les détails des profils psychologiques rapportés indiquent une fragilité psychique élevée de ces adolescents qui demandent plus de soins et d'attention que les autres. Cette fragilité est associée à une exposition aux traumatismes précoces et des configurations familiales et affectives défavorables depuis la petite enfance. Par ailleurs, l'expression de leur besoin ou mal être est inhabituel et parfois contre-intuitif.

Enfin, il serait possible que le développement de TC chez les adolescents ayants été exposés aux traumatismes précoces, « protège » du développement des autres troubles psychiatriques.

a) Développer l'enseignement en psychopathologie et psychiatrie de l'enfant auprès du personnel des CEF, en formation initiale et continue

L'importance et la particularité de la dimension médico-psychiatrique des situations d'adolescents placés en CEF impliquent une bonne connaissance théorique et pratique du sujet par les éducateurs et personnels encadrant ces adolescents. Une initiation en formation initiale, le développement de stages dans les services de pédopsychiatrie, un entretien et une mise à jour des connaissances paraissent incontournables. La compréhension par les éducateurs des situations et des comportements, et leur capacité à collaborer avec les services médicaux nécessitent cette connaissance.

b) Développer un enseignement de «pédopsychiatrie sociale » en faculté de médecine et auprès des soignants

De façon analogue, un enseignement en faculté de médecine et pendant les stages de spécialité (en psychiatrie notamment mais aussi en pédiatrie et médecine générale), ainsi qu'auprès des soignants de façon générale sur les particularités cliniques, développementales et socio-éducatives et administratives des enfants et adolescents doit être promu. Ce groupe d'enfants est en effet à haute vulnérabilité médico-psychologique, souvent rencontré dans des circonstances d'urgence, mais peu de suivis au long cours sont installés (Bronsard et al., 2016).

Un enseignement formel de « pédopsychiatrie sociale » est donc nécessaire aussi auprès des soignants, pour permettre la rencontre interprofessionnelle avec le milieu socio-éducatif, et de façon générale avec ces adolescents.

c) Développer la recherche médico-psychologique dans le contexte spécifique de la PJJ

Même si la mise en place est complexe et lente, notre étude montre la faisabilité de telles démarches à quelques conditions : portage institutionnel, participation des équipes au projet, implication du pôle santé. Une convention cadre avec une ou plusieurs équipes de recherche et la PJJ, définissant les engagements respectifs et les particularités de la recherche médicale dans ce contexte, serait favorable.

Les retours de résultats auprès des équipes (mais aussi des adolescents et leur famille) doivent être systématisés.

d) Développer les dépistages simples et systématiques

L'importante prévalence et la spécificité des troubles rendent opportun un dépistage systématique à partir d'outils standardisés. Le dépistage de la dépression avec l'ADRS est ici exemplaire d'une action simple à installer et d'efficacité démontrée.

e) Développer un partenariat formalisé entre service de santé mentale pour adolescent (MDA, service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent) et les CEF

Près de la moitié des adolescents placés en CEF présentent des troubles psychiatriques (autres que le trouble des conduites isolé). Ce constat justifie la nécessité d'un accompagnement spécifique, incluant une attention particulière à la reconnaissance des handicaps et des traitements adaptés. Le THADA par exemple, retrouvé dans 26% des cas, peut bénéficier de traitement dont l'efficacité est largement prouvée et le maniement aisé par des spécialistes.

L'investissement de moyens médico-psychiatriques spécialisés ne concerne cependant pas l'ensemble de la population de ces adolescents et doit être ciblé. En effet, si nous considérons les adolescents porteurs de trouble des conduites isolé comme correspondant globalement au profil ordinaire des adolescents confiés à la PJJ, la moitié des adolescents des CEF ne nécessitent pas de suivi psychiatrique spécialisé Un travail éducatif et de prévention psychologique classique, organisé par l'équipe interne dans des conditions habituelles leur convient.

Un renforcement global et indéterminé des moyens de soin médico-psychiatriques au sein des pôles santé des CEF pourrait donc être insuffisant. Un meilleur dépistage des troubles pour des actions plus spécifiques, différenciées et non globales à tous les adolescents placés apparait nécessaire. Des partenariats permettant des suivis extérieurs peuvent être dans cette perspective adaptés, les pôles santé des CEF ayant un rôle central dans l'organisation de ces partenariats opérationnels. Il est souhaitable que ces partenariats soient formalisés.

De façon générale, un suivi mixte doit être promu en évitant une « évacuation » des adolescents nécessitant des soins psychiques vers les institutions psychiatriques, car leur présence y sera normalement de courte durée, et généralement opportune uniquement pour une situation de crise.

Les points sus cités renforçant la collaboration sur l'enseignement favorisent d'ailleurs ce rapprochement global des deux champs professionnels.

Une convention cadre entre un service de soin en santé mentale (Maisons des Adolescents, service de pédopsychiatrie, etc.) et le service de PJJ apparait nécessaire. Elle pourrait dans certains cas inclure le soin, l'enseignement croisé et la recherche.

V. Bibliographie

- Bronsard G, Benjelloun A, Rufo M, Simeoni MC (2010), Addressing, understanding and treating conduct disorders in adolescents through psychoanalysis and neuroscience: towards a disappearance of sex-differences. Journal of Physiology-Paris, 104, 253-6
- Bronsard G, Lançon C, Loundou A, Auquier P, Rufo M, Siméoni MC (2011), Prevalence Rate of DSM Mental Disorders Among Adolescents Living in Residential Group Homes of the French Child Welfare System, Children and Youth Services Review,33,10, 1886-90
- Bronsard G, Lançon C, Loundou A, Auquier P, Rufo M, Simeoni MC (2013), Quality of Life and mental disorders in adolescents living in residential group homes of the French Child Welfare System, Child Welfare, 92, 2, 47-73
- Bronsard G, Auquier P, Boyer L. (2016) Links between early child maltreatment, mental disorders, and cortisol secretion anomalies. *Journal of Physiology-Paris*,, 110, 448-452
- Bryant, R, (1982) An index of empathy for children and adolescents. Child Development, 53,413-425. Daniel C (2008) Evaluation des effets du programme de développement de l'empathie chez des enfants présentant des difficultés relationnelles. Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal.
- Choquet M, Ledoux S, Hassler C, & Paré, C. (1998). Adolescents (14–21 ans) de la Protection Judiciaire de la Jeunesse et leur santé. Paris: INSERM
- Choquet M, Hassler C, Morin D (2004), « Santé des 14–20 ans de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (Secteur Public), Sept ans après ». Paris: INSERM
- Colins O, Vermeiren R, Vahl P, Markus M, Broekaert E, Doreleijers T (2011), Psychiatric disorder in detained male adolescents as risk factor for serious recidivism. Canadian Journal of Psychiatry, 56(1), 44-50
- Conners CK (1998), Rating scales in attention-deficit/hyperactivity disorder: use in Assessment and treatment. Monitoring, 59:24-30
- Enquête ESPS, 2008, IRDES
- Enquête« Cadre de vie et sécurité » 2012-2018 - INSEE-ONDRP.
- Etude sur les profils des mineurs placés en CEF au 15 juin 2018, DPJJ/SERC, 2019
- Évelyne F. Vallières et Robert J. Vallerand, 1990, International Journal of Psychology 25, 305-316
- Fazel S, Doll H, Langstrom N (2008), Mental disorders among adolescents in juvenile detention and correctional facilities: a systematic review and metaregression analysis of

25 surveys. Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry, 47(9), 1010-19

- Fombonne E (2005), Épidémiologie des troubles psychiatriques en pédopsychiatrie, Encyclopédie Médico-Chirurgicale-Psychiatrie, 2, 169–94
- Ford T, Vostanis P, Meltzer H, Goodman R (2007). Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: comparison with children living in private households. British Journal of Psychiatry, 190, 319-25
- Hebborn-Brass U, Rickert W (1990), Team stability and treatment success of psychically disturbed institutionalized children, Acta Paedopsychiatrica, 53(4):261-8
- INSERM, Expertise collective (2002) « Troubles mentaux. Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent ». Les éditions Inserm. Paris.
- INSERM, Expertise collective (2005) « Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent ».Les éditions Inserm. Paris.
- Oquendo M. A., Halberstam B. & Mann J. J., *Risk factors for suicidal behavior: utility and limitations of research instruments. Dans M.B. First [Ed.]* Standardized Evaluation in Clinical Practice*, p.103 -130, 2003*
- Posner, K.; Brent, D.; Lucas, C.; Gould, M.; Stanley, B.; Brown, G.; Fisher, P.; Zelazny, J.;
- Burke, A.; Oquendo, M.; Mann, J.
- Raine A (1993) « The psychopathology of crime: Criminal behavior as a clinical disorder ». CA: Academic Press. San Diego
- Revah-Levy A, Birmaher B, Gasquet I, Falissard, B (2007) The Adolescent Depression Rating Scale (ADRS). A validation study. BMC Psychiatry, 7(1), 2
- Robert F. Anda, MD, MS, Alexander Butchart, PhD, Vincent J. Felitti, MD, David W. Brown, DSc, MScPH, MSc (2010) "Building a Framework for Global Surveillance of the Public Health Implications of Adverse Childhood Experiences", Am J Prev Med 2010;39(1)93–98
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image.* Princeton, NJ: Princeton University Press
- Schmid M, Kölch M, Fegert JM, Schmeck K (2013), Rapport final destiné à la Commission des projets pilotes et l'Office fédéral de la justice. Résumé des résultats les plus importants et conclusions du projet pilote pour l'évaluation et l'atteinte d'objectifs dans le cadre de mesures de placement (MAZ.-REO), Bâle, Suisse.

- Sheehan DV, Sheehan KH, Shytle RD, Janavs J, Bannon Y, Rogers JE, Milo KM, Stock SL, Wilkinson B (2010) Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID), Journal of Clinical Psychiatry, 71(3):313-26

- Vincent Felitti, MD, FACP, Robert F. Anda, MD, MS, Dale Nordenberg, MD, David F. Williamson, MS, PhD, Alison M. Spitz, MS, MPH, Valerie Edwards, BA, Mary P. Koss, PhD, James S. Marks, MD, MPH (1998) « Relationship of Childhood Abuse andHousehold Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study » Am J Prev Med 1998;14(4)

- Vreugdenhil C, Doreleijers TA, Vermeiren R, Wouters LF, van den Brink W. (2004) Psychiatric disorders in a representative sample of incarcerated boys in the Netherlands. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 43(1):97-104

VI. Annexes

1) Avis comité d'éthique Université Aix Marseille

Comité d'éthique de l'université d'Aix-Marseille

Objet : Avis du Comité d'éthique.
N/Réf dossier : 2016-09-11-01
Dossier suivi par :DRV-Audrey Janssens

Pièce(s) jointe(s) : 1 document

Marseille, le jeudi 10 novembre 2016

Le travail de recherche présenté par l'investigateur principal le Pr Guillaume Bronsard, Directeur de la Maison Départementale de l'Adolescent et du centre médico-psychologique départemental (Conseil Général 13) en collaboration avec Aix-Marseille Université (EA 3279 Maladie chronique et qualité de vie) intitulé «**Etude médico-psychologique d'adolescents placés en centre éducatif fermé Acronyme : PSY-VS-VA** » a été soumis pour avis au Comité d'éthique en sa séance du 9 novembre 2016.

Après audition des rapporteurs le comité a jugé que le projet ne pose pas de problème éthique ou règlementaire.

Le Comité d'éthique de l'Université d'Aix-Marseille émet donc un avis favorable.

Le Président du Comité d'éthique

Pierre-Jean Weiller

Université d'Aix-Marseille - Jardin du Pharo - 58 boulevard Charles Livon - 13284 Marseille cedex 07 - France
Tél. : +33 (0)4 91 39 65 00 - Fax : +33 (0)4 91 31 31 36 - www.univ-amu.fr

2) Engagement de conformité CNIL

CNIL.

T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

RÉCÉPISSÉ

Monsieur BRONSARD Guillaume
27 BD JEAN MOULIN
27 BD JEAN MOULIN
13005 MARSEILLE

DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À UNE MÉTHODOLOGIE DE RÉFÉRENCE

Numéro de déclaration

2079988 v 0

du 03 juillet 2017

A LIRE IMPERATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
2) La pertinence des données traitées,
3) La conservation pendant une durée limitée des données,
4) La sécurité et la confidentialité des données,
5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site Internet de la CNIL : www.cnil.fr.

Organisme déclarant

Nom : Monsieur BRONSARD Guillaume

Service :

Adresse : 27 BD JEAN MOULIN 27 BD JEAN MOULIN

Code postal : 13005
Ville : MARSEILLE

N° SIREN ou SIRET :

Code NAF ou APE :

Tél. : 0617998865
Fax. :

Traitement déclaré

Finalité : MR3 - Recherches dans le domaine de la santé sans recueil du consentement

Transferts d'informations hors de l'Union européenne : Non

Fait à Paris, le 03 juillet 2017
Par délégation de la commission

Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

3) Avis Comité de Protection des Personnes (CPP)

COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES
SUD MEDITERRANEE IV

Président : Pr. Jean-Marc DAVY

Montpellier, le 10 octobre 2017

Référence CPP : 17 09 01 **N° ID-RCB : 2017-A01999-44**

Le Comité de Protection des Personnes Sud Méditerranée IV a été saisi le 3 juillet 2017 d'une demande d'avis sur le protocole intitulé : **Etude médico-psychologique d'adolescents placés en centre éducatif fermé,** protocole qui correspond à ce jour à un protocole de recherche impliquant la personne humaine de catégorie 3

Référence promoteur : PSY-VS-VA Ado CEF

Promoteur et Investigateur-coordonnateur **Dr Guillaume BRONSARD** Laboratoire de Sante publique EA3279 - Faculté de Médecine - 27 Bd Jean Moulin - 13005 MARSEILLE Tel : 06 17 99 88 65 - Mail : guillaume.bronsard@free.fr
Dossier suivi par : Mme Issaga Diallo, ARC tel 06 63 52 78 19 mail:issagad@yahoo.fr

Le comité a examiné les informations relatives à ce projet lors de sa séance du 12 septembre 2017 et a été amené à formuler une demande de modifications complémentaires.

Prennent part au vote les membres titulaires et les membres suppléants en cas d'absence du titulaire.
Ont participé à la séance du mardi 10 octobre 2017, Mesdames et Messieurs :

	Titulaires	Suppléants
Catégorie I	T. CHEVALLIER, JM. DAVY, J. DE VOS	S. THEZENAS , S. GUILLAUME, F. BERNARD
Catégorie II	J. RIBSTEIN	
Catégorie III	L. GIRAUDON	A. CASTET-NICOLAS
Catégorie IV	A. PRADES	S. LE TURCQ-GROSS
Catégorie V		
Catégorie VI	J. GHIA	D. BERTHON
Catégorie VII	JP. RAYNAUD	
Catégorie VIII	V. RAGE ANDRIEU	
Catégorie IX		A. PILON

Dossier recevable le 11 août 2017	
Courrier de demande d'avis : 3 juillet 2017	Formulaire de demande d'avis : 3 juillet 2017
Protocole : v.2 du 19 septembre 2017	Résumé : v.1 du 8 juin 2017
Note d'information adolescents : v.2 du 19 septembre 2017 Note d'information représentant sujet mineur : v.2 du 19 septembre 2017 Formulaire de non-opposition : v. du 8 juin 2017	9 auto questionnaires : Ab-DIB pour les 12-18 ans ; Echelle de coping pour les adolescents ; échelle d'empathie de Bryant ; Echelle d'Eysenck d'impulsivité pour le 8-17 ans ; échelle d'estime de soi ; IPPA ; version adaptée du BDHI pour adolescents ; inventaire des raisons de vivre pour adolescents modifié : repérage de la dépression pour l'adolescent.
Liste investigateur : Dr Bronsard - Pr Boyer	5 hétéro-questionnaires : questionnaire démographique ; Questionnaires américains sur les expériences négatives de l'enfance ; C-SRRS (gravité du risque suicidaire) ; Mini Kid (v Fr 2.0) ; matrice de Raven
Récépissé CNIL n°2079988v0 du 3 juillet 2017 pour méthodologie MR3	

Référence CPP : 17 09 01 **N° ID-RCB : 2017-A01999-44**

Suite du dossier	
3 questionnaires pour le personnel du centre : CGI ; échelle d'évaluation Conners pour les éducateurs (version longue 1997) ; Questionnaire de Conners pour les enseignants	Tableau déroulement pratique de l'étude : v.1 du 19 septembre 2017 Tableau liste questionnaires : v.1 du 19 septembre 2017

Les renseignements fournis par le promoteur répondant de façon satisfaisante aux demandes d'informations et de modifications, le Comité donne un avis favorable à la réalisation de la recherche, avis rendu sur l'appréciation du respect des dispositions de l'article L 1121-2 et sur la validité de la recherche selon les dispositions de l'article L 1123-7

Le Président de Séance
Professeur Jean-Marc DAVY

Art. R1123-26. –Si, dans le délai de 2 ans suivant l'avis du comité de protection des personnes, la recherche biomédicale n'a pas débuté, cet avis devient caduc. Toutefois, sur justification produite avant l'expiration dudit délai, celui-ci peut être prorogé par le comité concerné.
Art. L1123-11 : Le promoteur informe le CPP du début et de la fin de la recherche impliquant la personne humaine et indique les raisons qui motivent l'arrêt de cette recherche quand celui-ci est anticipé.
Art.L1121-4 : Le promoteur adresse une copie de cet avis et un résumé de la recherche à l'autorité compétente (ANSM).

Adresser la correspondance à : CPP SUD MEDITERRANEE IV- Hôpital St. Eloi, 34295 MONTPELLIER CEDEX 5
Téléphone : 04.67.33.78.07 – Fax : 04.67.63.52.54 - courriel:cppsudmed4@orange.fr
site : http://www.cpp-sudmed4.fr/

4) Notice d'information adolescent

Notice d'information

Etude médico-psychologique chez les adolescents placés en Centre Educatif Fermé

Acronyme : PSY-VS-VA

Madame, Monsieur,

Le Dr Guillaume Bronsard, promoteur/investigateur de l'étude, vous propose de participer à la recherche intitulé : « ***Etude médico-psychologique chez les adolescents placés en Centre Educatif Fermé*** ».

Nous vous proposons de lire attentivement cette notice d'information qui a pour but de répondre aux questions que vous seriez susceptible de vous poser avant de prendre votre décision de participation. Vous pourrez durant l'étude vous adresser au responsable de l'étude pour lui poser toutes les questions complémentaires.

Objectif de la recherche

Cette recherche a pour but de mieux connaitre certaines caractéristiques psychologiques des adolescents placés en Centre Educatif Fermé (CEF) en France. Nous allons chercher à savoir si ces adolescents présentent des signes de difficultés psychologiques (anxiété, impulsivité, dépression...), mais aussi s'ils ont vécus des évènements possiblement perturbant sur le plan affectif pendant leur enfance.

Ces connaissances doivent permettre de mieux dépister les besoins de prévention et d'accompagnement psychologique et éducatif à proposer aux adolescents placés en CEF.

Quelle est la méthodologie et comment se déroule l'expérimentation ?

Les adolescents participant seront volontaires, issus de plusieurs centres répartis sur le territoire français, dont le personnel sera impliqué dans l'organisation institutionnelle de l'étude. Il est nécessaire que l'adolescent soit francophone. Il n'y a pas d'autres critères de sélection. Tous les adolescents placés en CEF peuvent y participer. Toutes les données recueillies seront non identifiantes (il n'y aura pas de nom sur les questionnaires) et réservées à l'étude.

La recherche se déroule en deux phases distinctes :
Phase 1 : Caractéristiques psychologiques et évènements possiblement perturbants pendant l'enfance

Cette phase concerne tous les adolescents inclus dans l'étude (200 environ).
Un professionnel formé rencontrera l'adolescent dans un bureau du centre de placement afin de compléter des questionnaires. Ces rencontres seront en face à face, mais l'adolescent pourra être accompagné d'un professionnel familier ou d'un proche si besoin. Plusieurs rencontres peuvent être nécessaires, en accord avec le calendrier et l'organisation de l'institution.

5) Notice d'information parents

Etude médico-psychologique d'adolescents placés en centre éducatif fermé

Acronyme : PSY-VS-VA

NOTICE D'INFORMATION

DESTINEE AUX REPRESENTANTS D'UN SUJET MINEUR

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons d'envisager que votre enfant soit inclus dans une étude scientifique intitulée :

« ***Etude médico-psychologique chez les adolescents placés en Centre Educatif Fermé*** ».

POURQUOI FAIRE CETTE ETUDE ?

Cette recherche a pour but de mieux connaitre certaines caractéristiques psychologiques des adolescents placés en Centre Educatif Fermé (CEF) en France. Nous allons chercher à savoir si ces adolescents présentent des difficultés psychologiques particulières (anxiété, impulsivité, dépression...), mais aussi s'ils ont vécus des évènements possiblement perturbant sur le plan affectif pendant leur enfance.
Les résultats de cette étude seront comparés à la population générale.

Ces connaissances doivent permettre de mieux dépister les besoins de prévention et d'accompagnement psychologique et éducatif à proposer aux adolescents placés en CEF.

COMMENT SE DEROULE L'ETUDE ?

L'étude sera proposée à tous les adolescents francophones de plusieurs CEF. Les participants doivent être volontaires. Le personnel du centre éducatif fermé (CEF) sera impliqué dans l'organisation de l'étude. L'étude se déroule en deux phases. La première phase adressée à tous les adolescents inclus dans l'étude (200 environ) se déroule grâce à des entretiens en face à face dans un bureau avec un professionnel formé. La deuxième phase se déroulera 3 à 4 mois après la première et portera sur deux questionnaires (dépressivité, impression clinique globale) et concernera tous les adolescents ayant participé à la première phase.

Toutes les données et informations recueillies, au cours de l'étude, auprès de l'adolescent, ou des professionnels seront non identifiantes et serviront exclusivement à l'étude et seront analysées de façon strictement confidentielle.

Aix*Marseille université

QUELS SONT LES BENEFICES ATTENDUS ?

Cette recherche est sans bénéfice individuel direct, c'est-à-dire qu'elle n'apportera pas d'information sur les capacités de votre enfant. Elle n'a pas non plus de valeur de test médical sur le développement de votre enfant.

QUELLES SONT LES CONTRAINTES ET DESAGREMENTS ?

Les entretiens peuvent être longs (2h) mais peuvent se réaliser en plusieurs fois. Ils doivent être intégrés dans le programme et l'organisation de l'institution dans laquelle est placée votre enfant.

QUELS SONT VOS DROITS EN TANT QUE PARENT D'UN PARTICIPANT MINEUR A CETTE RECHERCHE ?

La participation de votre enfant est basée sur le volontariat, il peut refuser de participer à cette étude ou vous pouvez refuser qu'il y participe sans fournir aucune forme de justification. De plus, au cours de l'étude votre enfant est libre d'interrompre sa participation au protocole à tout moment, sans aucune conséquence pour lui.

Vous avez le droit de vous opposer à la participation de votre enfant dans cette étude à tout moment sans que cela ne modifie en quoi que ce soit sa prise en charge et votre relation avec le centre éducatif dans lequel il est admis.
Cette recherche relève de l'application du Code de la Santé Publique (Titre II du Livre Premier relatif aux recherches biomédicales). Ces informations sont consultables sur le site Internet de Legifrance (www.legifrance.gouv.fr).

Le promoteur de cette étude est le Docteur Guillaume Bronsard, MD PhD pédopsychiatre, chercheur associé de l'université d'Aix-Marseille (EA 3279 Maladie chronique et qualité de vie) Service de Santé Publique, Faculté de médecine de Marseille, 27 boulevard Jean Moulin, 13005 Marseille.

Les modalités de ce protocole ont été soumises à avis et autorisation auprès du comité d'éthique de l'université Aix Marseille, lequel a pour mission de vérifier les conditions requises pour la protection de votre enfant et le respect de ses droits.
Il a reçu un avis favorable du comité de protection des personnes (CPP) et a été déclaré à la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL)

Les données recueillies seront stockées sur fichiers informatiques sous un code (le nom du centre et le numéro d'inclusion) connu uniquement par le promoteur et les personnes s'occupant du traitement des données (statisticien et attachée de recherche clinique) et seront non identifiantes (le nom de votre enfant ne sera pas enregistré dans le fichier).

Les données enregistrées à l'occasion de cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé par le promoteur conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique et aux libertés (loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004).

Vous avez la possibilité si vous le souhaitez, d'être informé des résultats globaux de cette étude (article L.1122-1 du Code de la Santé Publique).

Le responsable du centre éducatif, assisté de l'Attaché de Recherche Clinique, vous fournira tous les détails concernant cette étude.

Ce document vous appartient et nous vous invitons à en discuter avec votre enfant et vos proches.

Dr Guillaume BRONSARD
Promoteur de l'étude
Chercheur associé de l'EA 3279 (Maladie chronique et qualité de vie) et de, Service de Santé Publique, Faculté de médecine de Marseille, 27 boulevard Jean Moulin, 13005 Marseille

guillaume.bronsard@free.fr

6) Questionnaire socio-démographique

Etude PSY-VS-VA Ado CEF. Promoteur/investigateur : Dr Guillaume BRONSARD/ ARC : Issaga DIALLO BOGREAU.

QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

DATE : ___/___/___ CEF :_____ N°ANONYMAT :__/__/__

Voici une série de questions te concernant. S'il te plaît, réponds à chacune de ces questions.

1. **Quelle est ta date de naissance?** _____ / _____
   Mois Année
2. **Quel est ton sexe?** 1. Masculin ❒
   2. Féminin ❒
3. **Quel est la dernière classe que tu as fréquentée?** _____
   Préciser si :
   - SEGPA (section d'enseignement général et professionnel adapté) ❒
   - EREA (établissement régionaux d'enseignement adapté) ❒
   - Autres_____ ❒
   - Ne sait pas ❒
4. **As-tu déjà redoublé une année?** 1. Oui ❒
   2. Non ❒
5. **Avec qui habites-tu habituellement?**
   1. Je vis avec mes parents ❒
   2. Je vis avec ma mère seulement ❒
   3. Je vis avec ma mère et son conjoint ❒
   4. Je vis avec mon père seulement ❒
   5. Je vis avec mon père et sa conjointe ❒
   6. En garde partagée (temps partagé entre mes 2 parents) ❒
   7. Je vis dans une famille d'accueil ❒
   8. Je vis dans un foyer ❒
   9. Autre : Précisez_____
6. **Nombre d'enfants dans ta famille :** _____
7. **Quel est ton rang dans ta famille** : _____
   (ex. : le plus vieux ou la plus vieille = 1, si enfant unique = 0)
8. **Antécédents:**

1

8.1 : Social

8.1.1 : As-tu déjà été placé ❒oui ❒non ❒Ne sait pas

8.1.2 : Ta famille a-t-elle déjà eu une aide éducative judiciaire (exp : AEMO) : ❒oui ❒non ❒Ne sait pas

8.2 : Médico-social (handicap)

8.2.1 : As-tu déjà été dans un ITEP (SESSAD, semi internat, internat) :

❒oui ❒non ❒ne sait pas

8.2.2 : As-tu déjà été en IME (SESSAD, semi internat, internat) :

❒oui ❒non ❒Ne sait pas

8.2.3 : As-tu un dossier MDPH :

❒oui ❒non ❒Ne sait pas

8.3 : Judicaire/Pénal

As-tu déjà été condamné ou mis en examen pour :

- agression sur personne : ❒oui ❒non ❒Ne sait pas
- atteintes aux biens : ❒oui ❒non ❒Ne sait pas
- trafic de stupéfiants : ❒oui ❒non ❒Ne sait pas

8.4 : Sanitaire (problème de santé)

8.4.1 : As-tu eu des problèmes de santé sérieux/sévère :

- physique : ❒oui ❒non ❒Ne sait pas
- psychiatrique : ❒oui ❒non ❒Ne sait pas

8.4.2 : As-tu déjà été suivi dans un :

- CMP ou CMPP ou CATTP : ❒oui ❒non ❒Ne sait pas
- HDJ : ❒oui ❒non ❒Ne sait pas
- MDA : ❒oui ❒non ❒Ne sait pas

8.4.3 : As-tu déjà pris des médicaments (psychotropes) pour le sommeil, l'angoisse, la dépression, l'agitation :

❒oui ❒non ❒Ne sait pas

7) Liste synthétique des questionnaires utilisés

HETERO-QUESTIONNAIRE

1- **Questionnaire sociodémographique**
2- **MINI Kid**
3- **C-SSRS Echelle de gravité du suicide**
4- **ACE Maltraitance**
5- **Matrice de Raven**

AUTO-QUESTIONNAIRE

1- **Ab-DIB Trouble de Personnalité Limite**
2- **ACS Adolescent Coping Scale**
3- **Echelle d'empathie**
4- **Echelle d'Impulsivité**
5- **Estime de soi**
6- **IPPA (attachement)**
7- **BDHI Inventaire d'hostilité Buss Durkee**
8- **RFL.A Les raisons de vivre**
9- **ADRS Repérage de la dépression**

8) Comptes rendus conférences téléphoniques

a) 24 janvier 2017 : réunion de lancement

COMPTE RENDU CONFERENCE TELEPHONIQUE 24 janvier 2017 (N°1)

Le mardi 24 janvier à 9h, la conférence téléphonique pour le lancement de **l'Etude médico-psychologique auprès d'adolescents placés en Centre Educatif Fermé (CEF) : PSY-VS-VA**, a réuni les personnes suivantes :

- Dr Guillaume BRONSARD, investigateur principal de l'étude, pédopsychiatre, Marseille
- Luc Henry CHOQUET, sociologue responsable de la section Recherche de la DNPJJ
- Pr Botbol, pédopsychiatre, Brest
- Issaga DIALLO, Attachée de Recherche Coordinatrice de l'étude, OREP PACA, Marseille
- Guillaume Bosco, interne en médecine à la MDA de Marseille
- Les représentants des Centres Educatifs Fermés suivants :
    - CEF de Bures-Sur -Yvette
    - CEF de Saint-Brice-Sous-Forêt
    - CEF de Savigny-Sur-Orge
    - CEF « Le Marquisat »
    - CEF de la Poujade
    - CEF d'Epinay-Sur-Seine
    - CEF de Borde Basse
    - CEF de la Jubaudière
    - CEF de Narbonne
    - CEF de Montfavet
    - CEF de Marseille « Les Cèdres »
    - CEF de Nimes

Excusés :

- CEF de Combes la Ville
- CEF la Rouvelliere
- CEF Brignoles

Durée de la réunion : 50mn

ORDRE DU JOUR: Présentation de l'Etude VS VA-Psy chez les Adolescents placés en CEF.

INFORMATIONS ECHANGES

Après une présentation de chaque participant, Mr Luc Henry Choquet a fait un rappel du contexte, de l'importance de l'enjeu et de l'étude pour la direction centrale, mais aussi pour les CEF eux même. En effet cette étude s'inscrit dans l'amélioration de la prise en compte de la santé des mineurs à la PJJ.

Elle fait suite à un projet d'étude sur la prévalence des troubles pédopsychiatrique qui avait été entamé en 2010 mais qui finalement été abandonnée.

L'institution centrale était intéressée d'avoir une idée de ces problématiques et des difficultés des mineurs.
Ila a rappelé qu'il y'avait plusieurs perspectives discutées avec le directeur de la PJJ de l'époque :

- Montrer les difficultés que présentent ces mineurs qui permettront d'envisager des moyens qui doivent être mis en face en termes de ressources humaines (nombre d'éducateur à mettre en face, mais aussi de personnels soignants), l'effectif des missions pour un éducateur sachant la difficulté de chacune de ces prises en charge
- Rendre visible la difficulté du travail
- Examen des traumatismes précoces qui n'était pas envisagé dans la première étude mais est bien présente dans cette nouvelle qui est en train d'être mis en place.

Pour lui cette recherche va donc permettre d'apporter des précisions sur cette problématique, la mettre en visibilité.

Il a parlé de l'autorisation parentale ou de la non opposition des parents de ces mineurs (par courrier, téléphone, ou en direct lors des passages des ^parents dans les centres).

Il a rappelé quelques principes d'une étude avec mineur :

- le mineur accepte de participer à l'étude : il rend service à la collectivité. Les résultats pourront servir à la PJJ, aux orientations pour les prises en charge et aux prises en charge. Ce jeune apporte quelque chose, il contribue à une œuvre collective.
- Le mineur passe le questionnaire : dimension effective où il y'a une occasion d'un dialogue avec l'éducateur.

Il a aussi signalé à l'équipe des CEF que l'équipe du projet PSY-VS-VA devrait arriver à récupérer des renseignements sur le passé des adolescents (antécédents en termes de prise en charge médicale de chaque mineur inclus par exemple) et de voir quel est le moyen le plus simple pour les obtenir (est-ce que les dossiers au CEF sont consistants ou faut-il se tourner vers les STEMO).

Le Dr Guillaume Bronsard investigateur principal de l'étude à son tour, fit une présentation de l'étude et de l'attente qu'il y avait concernant chaque centre (voir protocole de l'étude).

Il a rappelé certains points importants, à savoir les réponses que l'étude peut apporter à certaines questions à savoir :

- Il y a-t-il beaucoup de problèmes psycho-pathologiques ou même psychiatrique chez les adolescents de la PJJ et en particulier ceux des CEF
- Il y a-t-il une prévalence importante de la maltraitance précoce chez ces adolescents.

Il a aussi rappelé la méthodologie de l'étude :

- le choix des régions
- le nombre de CEF à inclure
- la passation des questionnaires
- la récupération des données sur le passé de l'adolescent

- et la deuxième partie de l'étude (sommeil et cortisol salivaire) qui se fera sur un petit échantillon qui se passera dans des CEF autour de Marseille.

Il a souligné que les possibilités opérationnelles de l'étude et les CEF à retenir se feront au cas par cas suite à cette réunion.

Puis s'en est suivi un débat qui a soulevé des questions intéressantes auxquelles des réponses ont été apportées.

Parmi ces questions, on peut noter :

1- la durée de l'étude par centre
2- la place des éducateurs, du pôle santé (psychologues, infirmiers) dans l'étude de quelle manière ils peuvent accompagner cette étude
3- y'a-t-il une formation prévue
4- combien de jeunes à inclure par CEF
5- la durée des questionnaires
6- pourquoi la phase 3 ne concernera que Marseille
7- est-ce que ces jeunes qui accepteraient de répondre aux questionnaires seraient représentatifs des jeunes placés en CEF
8- l'autorisation des parents
9- possibilité de financement du temps passé sur l'enquête par la PJJ

Des réponses ont été apportées à toutes ces questions par Guillaume Bronsard et Luc Henri Choquet :

1- L'étude est d'une durée d'un à deux ans (recueil de données, analyses et diffusion des résultats inclus). Mais chaque centre aura une durée de participation d'une dizaine de jours réparti en deux fois)

2, 3 - Pour les centres qui le souhaitent, les éducateurs et le pôle santé seront formés pour la passation des questionnaires auprès des jeunes lors du passage de l'attachée de recherche dans le centre pour la mise en place de l'étude.

4- On compte inclure une dizaine de CEF avec 2 sessions de 10 adolescents par centre (20 adolescents par CEF au total) pour arriver à 200 adolescents pour l'ensemble de l'étude.

5- Une pré-étude est prévue au CEF « Les Cèdres » de Marseille pour évaluer la durée effective de la passation des questionnaires dans les conditions d'un CEF.

6- La phase 3 demande une organisation pratique avec les laboratoires biologiques qui va être assez compliqué à gérer pour 10 sites. Cette phase ne concernera donc que 30 jeunes qui vont être sélectionnés dans les CEF autour de Marseille (jusqu'à 1h30 de Marseille). Cette phase consiste à un prélèvement salivaire sur un papier buvard à mettre dans un tube à essai qui sera placé dans un réfrigérateur avant de partir au laboratoire.

7- La représentativité sera mesurée à partir de critères objectifs

8- Pour l'autorisation ou la non opposition des parents, Mr Choquet en avait parlé dans son introduction. Ils seront informés par courrier, téléphone ou en face à face et leur non opposition sera datée, signée et bien documentée.

9- Il n'ya pas de financement prévu pour les centres. Le financement qui a été obtenu sert à financer le poste d'attaché de recherche clinique coordonnateur et le matériel de l'étude.

REMARQUES
Le CEF de Gevezé a partagé une expérience sur une étude pour laquelle ils ont utilisé le Target et le MINI et pour laquelle ils n'ont pas eu de difficultés à interroger les jeunes dans la mesure où ils les ont valorisés en leur signifiant qu'ils étaient détenteurs d'un savoir ou d'informations importantes qu'ils allaient évoquer ensemble. Ils avaient mis en place un temps de valorisation de cette implication sur un moment de la journée pour les remercier de leur participation. Cette implication a aussi été sanctionnée par un document (diplôme).

Ce centre a aussi parlé de l'étude Daphnée qui a impliqué plusieurs pays dont la France et pour laquelle il propose de communiquer des documents qui pourraient aider et/ou alimenter la bibliographie du projet à l'ordre du jour.

CONCLUSION
Luc Henry Choquet a insisté sur l'importance de l'étude avec l'implication de tous car les résultats pourront servir à la PJJ, aux CEF, notamment aux orientations en matières de prise en charge.

L'investigateur principal de l'étude Dr Guillaume Bronsard et Mr Luc Henry Choquet de la DNPJJ ont remercié tous les participants de la réunion.

DR Guillaume Bronsard a précisé que Mme Issaga DIALLO, l'attachée de Recherche va recontacter tous les centres pour poursuivre les interrogations venues après cette réunion et envisager les meilleures modalités pour la mise en place de l'étude dans chaque centre.

Fait à Marseille le 27/01/2017

b) 21 avril 2017, point d'étape 1

COMPTE RENDU CONFERENCE TELEPHONIQUE 21 AVRIL 2017 (N°2)

Le vendredi 21 avril 2017 à 9h, la conférence téléphonique pour faire un point d'étape de **l'Etude médico-psychologique auprès d'adolescents placés en Centre Educatif Fermé (CEF) : PSY-VS-VA**, a réuni les personnes suivantes :

- Dr Guillaume BRONSARD, investigateur principal de l'étude, pédopsychiatre, Marseille
- Luc Henry CHOQUET, sociologue responsable de la section Recherche de la DNPJJ
- Pr BOTBOL, pédopsychiatre, Brest
- Issaga DIALLO, Attachée de Recherche Coordinatrice de l'étude, OREP PACA, Marseille
- Florent COSSERON, pédopsychiatre, DNPJJ, membre du comité de pilotage
- Les représentants des Centres Educatifs Fermés suivants :
    - CEF « Le Marquisat », Gévezé
    - CEF « La Rouvellière », Allonnes
    - CEF de Montfavet
    - CEF de Marseille « Les Cèdres »
    - CEF de Nimes

Durée de la réunion : 40mn

ORDRE DU JOUR: Point d'étape de l'Etude VS VA-Psy chez les Adolescents placés en CEF.

INFORMATIONS ECHANGES

Après une présentation de chaque participant, Dr Guillaume Bronsard a fait le point sur les MEP de l'étude dans les centres.
Sur les 15 CEF initiaux à inclure, 09 ont reçu l'attachée de recherche pour la mise en place de l'étude et la formation sur les questionnaires: CEF les Cédres, CEF de Borde Basse, CEF de Montfavet, CEF de Nimes, CEF de la Jubaudière, CEF « Le Marquisat », CEF de Narbonne, CEF de Savigny-Sur-Orge, CEF la Rouvelliere.
3 rdv sont prévus avec les CEF de Burres sur Yvette, Epinay sur Seine et Saint Brice sous Foret. Pour les 3 CEF restants à savoir Combs la Ville, La Poujade et Brignolles, il apparait que la période n'est pas opportune pour la mise en place de l'étude. Nous les rappellerons plus tard (septembre 2017)

Guillaume Bonsard est revenu sur la pré-étude qui a été faite dans le CEF les Cèdres de Marseille et qui a permis de finaliser la liste de questionnaires. Il a rappelé les 3 types de questionnaires à savoir :

- les hétéro-questionnaires (face à face d'une durée d'1h) pour lesquels il est utile et nécessaire qu'ils soient portés par le pôle santé et assisté éventuellement par l'ARC
- les auto-questionnaires (1h) prévus initialement pour que les adolescents les remplissent eux-mêmes. Mais il a semblé après la pré-étude, qu'il était nécessaire que l'éducateur référent accompagne l'adolescent dans le remplissage de ces questionnaires. Il souligne quand même que l'adolescent peut remplir le questionnaire tout seul s'il le souhaite. Cette démarche permet de renforcer le projet de participation de l'institution au thème « santé » des adolescents, et doit être favorisé.
- Les questionnaires pour le personnel sur l'impression clinique globale (ICG) et le comportement des adolescents.

Il a rappelé l'importance de faire la passation des questionnaires dans un bureau seul avec le jeune. D'où l'importance de l'implication de la direction, du chef de service et du pôle santé pour que les rendez-vous soient intégrés dans le planning hebdomadaire des jeunes. Ce qui a été fait dans certains CEF où les mises en place ont déjà été faites et qui a été très facilitant.

En ce qui concerne l'accord des familles, le retour d'expériences montre que ça n'a pas été difficile. Ils sont informés par téléphone ou lors d'une rencontre habituelle par le chef de service ou un membre du personnel et pour l'instant, il n'ya pas eu de retours négatifs. Certains CEF ont aussi proposé l'information des familles dès le premier accueil du jeune dans le centre.

G Bronsard signale que l'étude est globalement bien accueillie dans les centres et certains imaginent même que ça peut être utile pour la relation éducative et la démarche institutionnelle. Les inclusions ont bien commencé et l'objectif est de terminer les dix premières inclusions par centre d'ici fin juin.

Mr Choquet a rappelé que l'approche qui avait été identifiée au départ comme étant une approche d'enquête et une approche éducative était très importance pour que les professionnels aient moins de réticence à faire passer les questionnaires.

Mr Florent Cosseron pense que l'implication des chefs de service dans l'organisation des plannings hebdomadaire de l'adolescent est très positive, ce qui permet de réserver un temps isolé dans un bureau pour le jeune. Il a aussi demandé si on avait un retour de manifestations qui ont mis en difficultés les adolescents ou l'équipe éducative suite à la passation des questionnaires de telle manière à ce qu'on ne lâche pas ni les adolescents ni l'équipe éducative dans ces moments-là.

Pr Botbol souligne que c'est important de prendre en compte l'avis des équipes des CEF et que l'étude représente un travail en plus pour eux, même si l'apport institutionnel à court et moyen terme est à mettre en avant.

Les CEF à leur tour ont pris la parole pour faire leur retour d'expériences. Pour ceux qui ont commencé à inclure, ils ont tous intégré l'étude dans le planning hebdomadaire des jeunes et ça s'est bien passé dans l'ensemble.

Au CEF des Cèdres, le pôle santé a fait passer les hétéro-questionnaires et chaque adolescent a fait son auto-questionnaire avec son référent. Il ne leur restait qu'un questionnaire à terminer sur l'ensemble de leurs résidents. Elle a souligné la bonne volonté de l'équipe de s'organiser pour que tout se passe bien et elle a eu un retour positif de ses collègues.

Pour Mr Ouzilleau du CEF les Marquisat, il avait souhaité que l'ARC fasse passer quelques questionnaires aux adolescents avec la présence de leur référent pour rassurer les éducateurs qui étaient un peu réticents par rapport aux questions. Quatre jeunes ont été donc interrogés sur les auto-questionnaires. Au départ il craignait que les jeunes ne tiennent pas 1h mais il a constaté que finalement les jeunes sont même restés discuter avec l'ARC après les questionnaires. Une interruption dans le calendrier (séjour extérieur) a ralenti la démarche.

Pour les futurs jeunes qui vont être accueillis dans le centre, ils ont prévu d'informer et de faire signer les consentements aux familles dès leur arrivée. Il souhaite que l'ARC revienne redonner une dynamique dans le centre et aider à la passation des questionnaires.

G Bronsard a précisé qu'il fallait faire l'ensemble des questionnaires (hétéro et auto) dans un délai assez court (dans la même semaine) et ne pas trop les espacer.

Mme Hariri du CEF la Rouvellière dont la MEP dans son centre a été faite 2 jours avant la réunion dit être très intéressé par l'étude et prête à s'y mettre avec son équipe dès qu'elle a l'aval des familles.

Le CEF de Nimes rappelle que deux ados ont été interrogés par l'ARC lors de la mise en place et que pas mal ont quitté le CEF. Depuis, il n'ya pas eu de nouvelles inclusions.
G Bronsard lui a précisé qu'il n'ya pas d'obligation que ça soit forcément ceux qui étaient là lors de la mise en place qui doivent être inclus, s'ils ne sont plus là, il faudra inclure ceux qui sont présents.

Pour le CEF de Montfavet, ils ont commencé à recueillir les consentements mais les inclusions n'ont pas encore commencé car le pôle santé est actuellement démuni en personnel.

En conclusion, Mr Choquet pense que les échos des CEF sont favorables et qu'il faudra accompagner la démarche dans l'ensemble des CEF. Avec le retour d'expériences, on constate que la passation des questionnaires de manière générale est plutôt positive.

Pr Botbol insiste sur la temporalité et demande à ce que l'ensemble des questionnaires soit passé dans la même semaine une fois qu'ils ont été démarrés avec un adolescent.

F Cosseron demande qu'à chaque fois qu'on a un consentement, de faire le questionnaire et ne pas attendre de réunir l'ensemble des consentements

G Bronsard a rappelé que l'ARC était disponible pour apporter de l'aide et répondre à d'éventuelles questions.

La prochaine réunion d'étape aura lieu au mois de juin.

Fait à Marseille le 16/05/2017

c) 05 décembre 2017, point d'étape 2

COMPTE RENDU CONFERENCE TELEPHONIQUE 5 DECEMBRE 2017 (N°3)

Le mardi 5 décembre 2017 à 9h, s'est tenue une conférence téléphonique pour faire le point d'étape de **l'Etude médico-psychologique auprès d'adolescents placés en Centre Educatif Fermé (CEF) : PSY-VS-VA.** Elle a réuni les personnes suivantes :

- Dr Guillaume Bronsard pédopsychiatre, promoteur/investigateur de l'étude
- Mr Luc Henry Choquet, sociologue responsable de la section Recherche de la DNPJJ
- Dr Patricia Suter, pédopsychiatre, PJJ, DIR SUD EST.
- Le CEF les Cèdres Marseille
- Le CEF la Jubaudière, la Jubaudière
- Le CEF la Rouvellière, Allonnes
- Issaga DIALLO, Attachée de Recherche, Coordinatrice de l'étude.

Absents excusés :

- Le CEF le Marquisat
- Le CEF de Borde Basse
- Le CEF de Monfavet
- Le CEF d'Epinay sur Seine
- CEF Saint Denis les Thiboult

Durée de la réunion : 45mn

Ordre du jour : Point d'étape de l'étude

Informations échangées

Après une présentation de chaque participant, Dr Bronsard a fait le point sur les centres participants et le nombre d'inclusion. Ainsi, sur les 16 CEF initialement prévus, 9 ont été retirés de la procédure de recherche parce que leur situation institutionnelle n'était pas propice à la démarche (7 CEF après la mise en place initiale sur site et 2 CEF dans lesquels la mise en place n'a pu se faire), correspondant à des périodes durables de changements institutionnels non stabilisés ou de crise momentanée.

Trois nouveaux CEF (2 en Normandie et 1 à Valence) pourraient rentrer dans l'étude.

La phase 1 est une réussite relative avec 70 inclusions (200 inclusions prévus dans une 15aine de CEF) quand seulement 7 CEF ont commencé à inclure.
Il a rappelé que l'attachée de recherche est venue dans les CEF pour les mises en place et peut s'y rendre de façons multiples afin de d'amorcer, d'accompagner ou même de réaliser dans leur intégralité les inclusions. Actuellement seuls 3 CEF (ceux d'ailleurs présents ce jour) incluent de façon

autonome. Pour les autres centres, c'est l'ARC qui se déplace pour faire les entretiens avec les jeunes.

Selon Dr Bronsard, cette phase 1 de l'étude demeure multicentrique impliquant des CEF variés sur le territoire pourra être finalisée même si ce sera avec moins de rapidité que prévue. Cette Phase 1 est la plus importante.

La phase 2 qui consiste à la réévaluation de certains critères (dépressivité et impression clinique Global) pourrait être plus difficile car elle demande une rencontre des adolescents 3 mois après les premières évaluations, nécessitant de retrouver les adolescents après leur sortie. Il était en effet prévu initialement que cette réévaluation secondaire se fasse pendant le séjour en CEF, classiquement prévu pour 6 mois. Mais l'étalement du temps pour les inclusions initiales a fait dépasser le délai.

De même la mise en place de la phase 3 (dosage du cortisol salivaire auprès de 30 adolescents), car le maintien de l'adolescent disponible sur une journée et nuit s'avère particulièrement difficile à tenir. Par ailleurs, les nouvelles lois éthiques en recherche en santé, récentes (Loi Jardé novembre 2016 et décret mai 2017) compliquent de façon très significative la procédure réglementaire, contrairement au moment du 1er dépôt du protocole dans un comité éthique qui avait alors validé l'ensemble de la procédure (Accord du comité Ethique d'Aix Marseille Université, obtenu sous le N° 2016-09-11-1, du 10 novembre 2016).

La passation des questionnaires est très facilitée par l'annonce du processus dès l'arrivée de l'adolescent. Par exemple, le CEF la Jubaudière informe l'adolescent et son (ou ses) représentant légal (aux) dès l'admission dans le CEF dans un cadre formel. Une fois la non opposition recueillie, la recherche est inscrite dans l'emploi du temps du jeune. Ce qui ensuite facilite la deuxième phase qui est faite entre 3 et 4 mois après la première phase. Sachant que la durée du placement est de 6 mois, le jeune se trouvera encore au CEF au moment de cette phase.

LHC souhaiterait que ces procédures utilisées dans cette recherche puissent servir de supports à la prise en charge des enfants et des adolescents et que les CEF (éducateurs, chef de service, pôle santé) y voient un intérêt pour la structuration et l'organisation de la vie au quotidien sur une semaine type au CEF. Ce qui pourrait être d'ailleurs une des conséquences indirectes de ce qu'on aura prouvé : la recherche épidémiologique dans les CEF est possible dans certaines conditions. On peut structurer, objectiver, évaluer de façon simple et précise des adolescents afin de les réévaluer plus tard pour bien mesurer leur évolution même si actuellement, les mises en places de l'étude sont de réussite très variables d'un CEF à l'autre.

LHC précise que le début de réalisation de la phase 1 est tout à fait net et qu'il faudra penser ce qu'il faudra envisager pour la phase 2 et 3. Et qu'à partir du compte rendu de cette réunion, il enverra un mail au Direction régionale pour mobiliser davantage les CEF.

GB a demandé aux CEF présents leur avis sur ce qui fait que ça fonctionne ou pas.

Pour le CEF les Cèdres, c'est beaucoup plus facile si l'étude est portée par le pôle santé. Par rapport aux espaces de confidentialité, c'est plus compliqué pour les éducateurs. C'est donc beaucoup plus simple si l'étude est coordonnée par le pôle santé.
Les éducateurs ont du mal à s'emparer de l'étude car au niveau institutionnel, ils ont souvent d'autres priorités. Tout le monde n'est pas au même niveau d'organisation. C'est très aléatoire en fonction des éducateurs.

Pour le CEF la Jubaudière, le pôle santé fait les hétéros questionnaires et deux éducateurs référents s'occupent des auto-questionnaires.
Les éducateurs ont été impliqué dès le début par la direction Un référent éducateur a été choisi par

le CEF pour être formé par l'attachée de recherche au moment de la mise en place. Et cet éducateur a par la suite formé deux autres collègues au cas où un serait absent. Ensuite les entretiens pour la passation des questionnaires sont systématiquement inscrits dans l'emploi du temps des adolescents. Cela a été demandé par la direction et ça fonctionne très bien.

Pour les CEF les Cèdres et la Rouvellière, il se pose une question d'organisation et de possibilité de chaque éducateur. Il faut souvent le rappeler. Il ya d'autres préoccupation en interne et ils sont donc mobilisés pour d'autres urgences. Ce qui fait que l'étude passe au second plan en ce qui concerne les éducateurs.
Les pôles santé s'occupent donc assez seuls s de l'étude.

Pour l'ensemble des 3 CEF présents, c'est mieux si l'étude est portée par le pôle santé mais il est bien utile aussi que les éducateurs s'en saisissent un peu.

LHC a rappelé que les résultats de cette recherche vont beaucoup apporter à l'importante campagne en promotion de la santé menée depuis deux ans à DNPJJ mais aussi aux orientations en matière de prise en charge.
Il a aussi rappelé ce qui était mis en avant dès le départ de l'étude à savoir l'objectif d'arriver à illustrer d'une manière qui soit décisive, les problématiques et les caractéristiques médico-psychologiques des mineurs concernés et à partir de là, rendre visible les difficultés tout à fait plausibles des prises en charge mais aussi les problèmes de ressources humaines. Ce qui est important pour les Direction Régionale de la PJJ.
Pour lui, la sensibilisation des équipes et des professionnels pour cette recherche est véritablement un objectif qui aujourd'hui est devenu particulièrement saillant.

GB évoque la possibilité que la présentation qui a été faite de cette recherche ait été trop sanitaire (mise en avant de la prévalence des troubles mentaux, cortisol) et que peut être n'a-t-on pas assez insisté sur le fait qu'on est au-delà de la médecine mais beaucoup plus dans l'état de santé dans sa globalité (charte d'Ottawa) car l'immense disparité des réponses des CEF interroge beaucoup.

L'objectif initial d'inclusion par CEF étant de 20 adolescents, il a demandé aux CEF qui ont atteints ou presque cet objectif, s'ils souhaitaient continuer à inclure davantage. Les trois présents sont d'accord pour continuer.

Conclusion

Il a été convenu à l'issue de la réunion, de :

- Préparer une note (avec une méthode) qui recense toutes les bonnes pratiques ressorties de l'expérience acquises depuis le début de l'étude qui servira de support à diffuser par la DNPJJ dans les DIR, DT et CEF. A noter juste que cette note devra passer par la hiérarchie, ce qui veut dire qu'il faudrait un peu plus de temps pour que cette idée générale arrive dans les CEF.
- Sensibiliser les conseillers techniques de santé des DIR et DT pour accompagner d'une manière fluide la démarche et permettre un enrichissement pour tous.
- Inclure la recherche dans le programme et l'emploi du temps des adolescents dès leur admission dans le CEF.

La méthode qui sera rédigé sera utilisée comme mode d'emploi surtout pour les 3 nouveaux CEF qui vont rentrer dans l'étude.

L'attachée de recherche sera toujours disponible pour répondre aux questions, venir en aide ou faire les entretiens. Elle se déplacera avec les moyens qui restent pour inclure dans les autres CEF.

GB et LHC ont remercié les personnes présentes à la réunion et ont encouragé les CEF à continuer dans la bonne dynamique qu'ils ont initiée.

Fait à Marseille le 15/12/2017

d) 26 juin 2018, point d'étape 3

COMPTE RENDU CONFERENCE TELEPHONIQUE 26 JUIN 2018 (N°4)

Le mardi 26 juin 2018 à 9h, s'est tenue la dernière conférence téléphonique du comité de suivi de **l'Etude médico-psychologique auprès d'adolescents placés en Centre Educatif Fermé (CEF) : PSY-VS-VA : PSY-VS-VA.** Elle a réuni les personnes suivantes :

- Dr Guillaume Bronsard pédopsychiatre, promoteur/investigateur de l'étude
- Mr Luc Henry Choquet, sociologue responsable de la section Recherche de la DNPJJ
- Le CEF la Jubaudière, la Jubaudière
- Le CEF la Rouvellière, Allonnes
- Issaga DIALLO, Attachée de Recherche, Coordinatrice de l'étude.

N'ont pas pu participer à la réunion pour des problèmes technique d'accès à la réunion :

- CEF Nouvel Horizon, Marseille
- Paulette BENSADON, DGCS/Service des politiques sociales et médico-sociales

Absents excusés : CEF les Cèdres.

Durée de la réunion : 45 mn

Ordre du jour : Point d'étape et programmation de la clôture de l'étude

Informations échangées

Après la présentation de chaque participant, Dr Bronsard a rappelé le nombre de CEF initialement proposé (16 CEF) et dans lesquels la mise en place a été faite (15 CEF). Un nouveau CEF a été rajouté en accord avec la PJJ en avril dernier, il s'agit du CEF de Doudeville. Parmi ces 17 CEF, 8 seulement ont pu participer à la recherche.

Avec une prévision initiale de 200 inclusions dans 16 CEF, 100 jeunes ont été inclus dans 8 CEF. Ce qui permettra d'avoir les résultats sur la prévalence psychiatrique et la prévalence de la maltraitance précoce chez les adolescents placés en CEF sur 8 CEF répartis dans le pays.

Dr Bronsard à rappeler deux points du protocole qui n'ont pu être réalisé :

- les mesures à distance (3 mois après le premier entretien) qui étaient prévues et qui n'ont pu être réalisées du fait que les mises en place ont été lente et disparate, rendant le lien à distance difficile, car impliquant de nouveau partenaires comme le milieu ouvert.
- La mesure du cortisol salivaire et l'enregistrement du sommeil ont été suspendu du fait de la mise en application quelques semaines avant le début effectif de l'étude de la loi Jardé. Cette

loi impose une requalification de l'étude en catégorie 2 voire 1, imposant des cadres juridiques et assurantiels non prévus dans le budget et le portage administratif initial. . Il a rappelé que le projet avait eu l'avis favorable du comité d'éthique de l'université Aix-Marseille pour l'ensemble de ses phases, ce qui jusqu'à l'application de la nouvelle loi (novembre 2017) était suffisant.

Le nombre de CEF ayant participé et le nombre d'inclusion réalisé est considéré satisfaisant (50%).

Les questionnaires remplis sont en cours d'envoi et de récolte. La construction du masque de saisie est prévue pour le mois de juillet, le traitement des données en aout et septembre. La première présentation des résultats pourra avoir lieu en décembre.

Une restitution aux CEF ayant participé (ou non) aura lieu en début d'année. Luc Henry Choquet pense que si les 8 CEF participants incluent encore chacun 2 jeunes, cela permettrait d'augmenter le nombre d'inclusion G.B. a demandé aux CEF présents leur analyse générale et globale sur l'impact, les difficultés et les avantages que la recherche a pu produire sur le fonctionnement.

Pour le CEF de la Rouvellière, c'est le pôle santé qui s'est impliquée. Il n'ya pas eu d'effet nuisible sur le fonctionnement.

Pour la Jubaudière c'est le pôle santé qui s'est occupé des hétéro questionnaires et éducateurs des auto questionnaires. La recherche a été intégrée dans le planning des jeunes et ils passent les questionnaires dans les 15 jours qui suivent leur arrivée au CEF. L'information concernant la recherche est donnée à la famille le jour de l'accueil du jeune.

G.B. a fait savoir que c'était la même procédure que la Jubaudière qui était appliquée aux Cèdres portée par le pôle santé.

Aucun événement indésirable n'a été signalé pendant la recherche pour les jeunes qui ont été inclus en dehors du fait qu'ils trouvaient parfois longs les entretiens, mais cette plainte est minoritaire. Beaucoup d'adolescents ont semblé intéressés par cette démarche auprès d'eux.

GB a cherché à savoir si les jeunes qui ont été inclus ont été choisis, triés par les CEF. D'après les CEF présents, aucun choix n'a été fait. La recherche leur a tous été proposé et ont été inclus tous ceux qui avec leurs parents n'ont pas émis d'opposition.

Bénéfice de la recherche pour les CEF :

Pour la Jubaudière, les questionnaires sont très intéressants et ont permis d'avoir une meilleure connaissance du jeune, et d'avoir une base de travail avec lui. Ces questionnaires pourraient même être utilisés dans la routine.

Pour la Rouvelliere, les questionnaires leur ont permis de découvrir de nouveaux éléments ou points de vue chez les adolescents.

Pour Guillaume Bronsard, deux choses sont assez faciles à reproduire sans limite : les questionnaires impulsivité, dépressivité peuvent être utiles pour le suivi pour voir s'il y'a une évolution, amélioration durant le séjour des jeunes et permettront aux éducateurs de voir que ce qu'ils produisent ont des effets évaluables. Il faut cependant que ces démarches soient articulées avec le pôle santé, en particulier le psychologue.

Luc Henry Choquet dit accorder beaucoup d'intérêt à cette étude et pense que le pole santé qui est en train de développer l'axe « promotion de la santé » va utiliser les résultats de la recherche à

travers tout le travail des conseillers santé au niveau des directions. Il fera en sorte que la PJJ favorise une diffusion des résultats au maximum.

G.B. espère pouvoir organiser une réunion avec tous les CEF participant d'ici le printemps et pas seulement avec les directeurs pour diffuser les résultats de la recherche mais aussi discuter des effets favorables éventuels.

En conclusion G.B. envisage de revenir vers les CEF à travers la DNPJJ notamment avec LHC pour voir le mode de diffusion des résultats l'hiver prochain et voir ce qui peut se faire des résultats en terme de santé à la PJJ.

Il a remercié les CEF ayant participé à la recherche avant de lever la séance.