



HAL
open science

Impact des expériences négatives de l'enfance sur les trajectoires scolaires, professionnelles et cliniques en psychiatrie adulte, une étude sur les patients de l'hôpital de jour Daumezon

Gabriela Kedra

► To cite this version:

Gabriela Kedra. Impact des expériences négatives de l'enfance sur les trajectoires scolaires, professionnelles et cliniques en psychiatrie adulte, une étude sur les patients de l'hôpital de jour Daumezon. Psychiatrie et santé mentale. 2024. dumas-04771209

HAL Id: dumas-04771209

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04771209v1>

Submitted on 7 Nov 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License



UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE

UFR DE MÉDECINE

ANNÉE : 2024

N° 2024 - 161

THÈSE PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN
MÉDECINE

Mention D.E.S de psychiatrie

Présentée et soutenue publiquement le 14/10/2024

Par Gabriela KEDRA

**Impact des Expériences Négatives de l'Enfance sur les Trajectoires
Scolaires, Professionnelles et Cliniques en Psychiatrie Adulte, une étude sur
les patients de l'hôpital de jour Daumezon.**

Président du Jury : Professeur Jean-Marc GUILÉ

Directeur de thèse : Docteur Xavier BENAROUS

Membres du Jury : Professeur Louis JEHEL

Docteur Laura KREMERS

*« Il est plus facile de construire des enfants solides que de réparer des
hommes brisés. »*

Frederick Douglass

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILE
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier (Pédopsychiatrie)

Monsieur le Professeur,

Je vous remercie d'avoir accepté de présider ce jury de thèse.

Merci pour votre bienveillance et votre accompagnement toutes ces années.

Soyez assuré de mon profond respect et de ma gratitude.

Monsieur le Professeur Louis JEHEL
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier (Psychiatrie)
Coordonnateur du DES de Psychiatrie

Monsieur le Professeur,

Je vous remercie de votre disponibilité et de me faire l'honneur de juger mon travail.

Soyez assuré de mon profond respect et de ma gratitude.

Madame la Docteure Laura UZER-KREMERS
Praticienne Hospitalière (Psychiatrie)

Chère Laura,

Je te remercie de me faire l'honneur d'être présente dans mon jury de thèse.

Merci pour ton accessibilité, ta bienveillance et ta générosité.

Nos échanges sont toujours enrichissants et ont contribué à améliorer ma pratique professionnelle.

Trouve ici l'expression de mon profond respect et de mes sincères remerciements.

Monsieur le Docteur Xavier BENAROUS

*Maitre de Conférence des Universités – Praticien Hospitalier
(Pédopsychiatrie)*

Cher Xavier,

Je te remercie pour ta bienveillance et ton encadrement dans ce projet. Je te remercie également pour le savoir que tu m'as transmis.

Soit assuré de mon profond respect et de ma gratitude.

Dre Zoulikha MAZRI : Je te remercie pour ton accueil, ta bienveillance et ton aide qui me fût si précieuse. Je te remercie de m’ avoir permis de finaliser ce travail et pour ta confiance dont j’ espère être toujours digne.

L’équipe de l’HDJ Daumezon : Je vous remercie pour votre accueil et pour la qualité de votre travail et de nos échanges, c’est un plaisir de travailler auprès de vous.

Les patients de l’HDJ Daumezon : Je vous suis très reconnaissante de m’ avoir permis d’ effectuer ce travail avec vous, sur des questions aussi difficiles. J’ espère être digne de la confiance que vous m’ avez témoignée.

Dre Ouahiba Bensmaine : Je te remercie pour ton soutien et ta générosité dès mes premiers pas en tant qu’ interne. J’ ai beaucoup de chance de t’ avoir croisé sur mon chemin.

A ma mère : merci de m’ avoir transmis l’ amour des chats et des Arts, ce sont des sources de joies inépuisables.

A mon père : merci de m’ avoir transmis le goût de la médecine et le sens du devoir, cela m’ a permis de m’ investir pleinement dans ma carrière et de toujours poursuivre l’ excellence dans mon travail auprès des patients.

A feu ma grand-mère **Czesława Zarzycka** : Bez Twojego niezachwianego wsparcia nigdy nie zostałbym lekarzem. Zawsze będę Ci wdzięczna za wszystko, co dla mnie zrobiłaś (ale nadal nie zgadzam się z Tobą, jeśli chodzi o politykę i religię). Żałuję, że nie mógłś dłużej cieszyć się emeryturą. Często o Tobie myślę.

A ma belle-mère : Je te suis infiniment reconnaissante de tout ce que tu as fait pour moi, en particulier quand j’ étais malade. Je te serais toujours redevable, les mots ne suffisent pas pour exprimer ma gratitude.

A mes sœurs : Je ne vous échangerais pour rien au monde et je m'estime chanceuse de vous avoir dans ma vie, je ne pourrais pas rêver d'avoir de meilleures sœurs que vous.

A Charlotte : Je te serais toujours reconnaissante pour toute l'aide que tu m'as apportée ainsi qu'à Freddie. Je te souhaite tout le bonheur du monde.

A Océane : Je te remercie d'avoir été là pour moi quand j'étais malade, je ne l'oublierai jamais. Je te souhaite d'être épanouie dans tous les domaines et que la vie te soit douce.

A mes ami.e.s de longue date : **Christine, Magali, Charlotte, Sacha, Sandrine, Christelle, Lauréline, Karolina** : c'est grâce à vous que j'ai pu avancer et croire en moi, même dans les moments où je me sentais perdue. J'ai de la chance de vous avoir connu et de vous avoir toujours dans ma vie, même si le temps nous manque souvent maintenant que nous ne sommes plus de jeunes personnes, nos retrouvailles sont toujours un bonheur.

A Béa : Merci pour ta chaleur et ton amitié, tu es mon ancienne voisine préférée, tu as égayé une bonne partie de mon internat grâce à ta bonne humeur, j'espère qu'il y aura de nombreuses occasions d'échanger et de rire ensemble dans le futur.

A Cyndy : Je suis heureuse de te connaître aussi bien du point de vue personnel que professionnel. Ta présence m'a beaucoup aidé pendant ces semaines de rédaction de ce manuscrit, j'espère qu'il en a été de même pour toi et j'ai hâte de pouvoir fêter nos diplômes respectifs.

A Marie : Je te remercie pour ton aide providentielle et tes lumières de statisticienne professionnelle. En peu de temps tu as réussi à me faire comprendre des concepts qui m'étaient obscurs et à défaut de me les faire aimer, je ne les déteste plus, ce qui est un exploit. La bise à tes chats, j'espère que vous serez bientôt heureux dans une nouvelle maison.

A tous ceux avec qui j'ai échangé sur **Twitter** et qui m'ont montré tant de soutien quand j'ai été diagnostiquée d'une leucémie : **George, Annick** et tant d'autres...

Grâce à vous je n'ai jamais été complètement seule et j'ai découvert le sens du mot confraternité. Merci pour tout.

Aux équipes des services d'hématologie de Saint-Louis où j'ai passé tant de temps... Vous êtes des soignants exemplaires. C'était un immense privilège d'être soignée par vous. Je ne serais plus là sans vous. Merci pour tout.

Aux donneurs de sang, de plaquettes, de moelle osseuse : Vos dons m'ont sauvé la vie. Les mots ne suffisant pas à exprimer ma gratitude, je n'en dirais qu'un : merci.

A Freddie : Tu es mon rayon de soleil quotidien, grâce à toi il y a toujours de l'amour dans ma vie. Tu es un très bon chat.

Table des matières

Liste des abréviations	13
1. INTRODUCTION	14
1.1. Événements d’adversité dans l’enfance – Adverse Childhood Experiences (ACE) Naissance du concept et définitions	14
1.2. ACE et conséquences sur le cours de la vie et les problèmes de santé	16
1.3. ACE et troubles psychiatriques	17
1.4. Impact des ACE sur les soins	18
2. MATÉRIEL ET MÉTHODES	20
2.1. Type de l’étude	20
2.2. Objectifs de l’étude	20
2.3. Recueil des données	21
2.4. Réalisation	21
2.5. Population étudiée, critères d’inclusion, structures de soins	22
2.6. Variables étudiées	22
2.6.1. <i>Adverse Childhood Experience Scale (ACE)</i>	22
2.6.2. <i>Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)</i>	23
2.6.3. <i>Clinical Global Impression (CGI)</i>	23
2.6.4. <i>Échelle Globale de Fonctionnement (EGF)</i>	23
2.6.5. <i>Grille de recueil sociodémographique et clinique</i>	24
2.7. Analyse des données	26
3. RÉSULTATS	27
3.1. Analyse descriptive	27
3.1.1. Caractéristiques socio-économiques	27
3.1.2. Facteurs psycho-sociaux et insertion scolaire	27
3.1.3. Caractéristiques cliniques	27
3.1.4. Sévérité et réponse aux traitements	28
3.1.5. Antécédents psychiatriques	30
3.1.6. Histoire développementale et antécédents somatiques	30
3.1.7. Troubles psychiatriques	30
3.1.8. ACE – Événements de vie négatifs dans l’enfance parmi les participants	31
4. DISCUSSION	35
4.1. Comparaison des résultats de l’étude avec les données actuelles pour la population générale et les patients suivis en psychiatrie	35
4.1.1. <i>Caractéristiques socio-économiques</i>	36
4.1.2. <i>Facteurs psycho-sociaux et insertion scolaire</i>	37
4.1.3. <i>Caractéristiques cliniques</i>	38
4.1.4. <i>Histoire développementale et antécédents somatiques</i>	38
4.2. Comparaisons de la prévalence des ACE avec la population générale et la population psychiatrique	39
4.3. Interprétation des résultats	40
4.3.1. <i>Scolarité et parcours professionnel</i>	41
4.3.2. <i>ACE et situation clinique</i>	41
4.3.3. <i>Limites de l’étude</i>	41
5. CONCLUSIONS	42

6. BIBLIOGRAPHIE	44
7. ANNEXES	49
Annexe 1	49
Annexe 2	52
Annexe 3	54
Annexe 4	55

Liste des abréviations

AAH : Allocation Adulte Handicapé

ACE : (en anglais « Adverse Childhood Experiences ») événements d’adversité dans l'enfance

AESH : Accompagnant des Elèves en Situation de Handicap

ASE : Aide Sociale à l’Enfance

ATIH : Agence technique de l’information sur l’hospitalisation

CDC : (en anglais « Centers for Disease Control and prevention ») Centre pour le contrôle et la prévention des maladies

CGI : Clinical Global Impression

CMP : Centre médico-psychologique

CNIL : Commission Nationale de l’Informatique et des Libertés

CTQ : Childhood Trauma Questionnaire

DRESS : Direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques

DSM-IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4ème édition

EGF : Evaluation Clinique Globale

ESAT : Etablissements ou Services d'Aide par le Travail

HdJ : Hôpital de jour

IME : Institut médicoéducatif

IMPRO : Institut Médico Professionnel

INED : Institut National d’Etudes Démographiques

INJEP : Institut National de la Jeunesse et de l’Education Populaire

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la santé et de la Recherche Médicale

ITEP : Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RNIPH : Recherches N’Impliquant Pas la Personne Humaine

TSA : Trouble du Spectre Autistique

TSPT : Trouble de Stress Post Traumatique

ULIS : Unités Localisées pour l’Inclusion Scolaire

1 INTRODUCTION

1.1. Evènements d'adversité dans l'enfance – Adverse Childhood Experiences (ACE) Naissance du concept et Définitions

Les événements d'adversité dans l'enfance (en anglais « Adverse Childhood Experiences – ACE ») sont « *des événements de l'enfance, de gravité variable et souvent chroniques, survenant dans l'environnement familial ou social de l'enfant, qui causent un préjudice ou une détresse, perturbent la santé physique ou psychologique de l'enfant et son développement* » (1)

La première étude sur le lien entre les ACE et les problèmes de santé à l'âge adulte a été menée entre 1995 et 1997 par Vincent Felitti et Robert Anda(2) du Centre pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) auprès de plus de 17000 patients de la clinique Kaiser Permanente (San Diego, Californie).

Ce programme de recherche s'inscrit dans le contexte d'un premier travail de Vincent Felitti, responsable du département de médecine préventive de la clinique Kaiser Permanente, qui s'était intéressé en 1985 aux raisons de l'échec (ou « décrochage ») d'un programme de lutte contre l'obésité, chez des participants qui avaient pourtant initialement réussi à perdre du poids. Il a d'abord interrogé 286 patients « décrocheurs » et a constaté qu'une majorité d'entre eux avait été victime d'abus sexuels dans l'enfance (ceux qui n'avaient pas connu ce type d'abus rapportaient généralement d'autres événements de vie traumatisants), ce qui l'amena à penser qu'il y avait un lien entre obésité et abus sexuel, l'obésité chez ces patients étant un mécanisme de défense contre de potentielles agressions et l'hyperphagie un mécanisme de coping pour apaiser les émotions négatives (peur, anxiété, colère, tristesse). (3,4)

Ces premières découvertes l'ont poussé à rechercher s'il y avait des liens entre les ACE et d'autres « méthodes de coping inadaptés » pouvant influencer la santé physique telles que la consommation de produits stupéfiants, le sexe, la violence, les sports extrêmes, etc.

Quand il a présenté son étude en 1990 à l'Association nord-américaine pour l'étude sur l'obésité (North American Association for the Study of Obesity), il reçut de nombreuses critiques de membres de l'association (dont de nombreux psychiatres, psychologues et médecins cliniciens) qui ont rétorqué que son échantillon était trop petit et que les patients avaient tendance à se décharger de leurs responsabilités en mettant en avant leurs difficultés dans l'enfance (3), c'est pourquoi une étude sur un échantillon plus important s'est avérée nécessaire.

Robert Anda, médecin épidémiologiste, s'intéressait de son côté aux liens entre maladies cardio-vasculaires et dépression ; après avoir rencontré Vincent Felitti ils décidèrent de collaborer sur une étude d'envergure sur les patients de la clinique Kaiser Permanente.

Avant d'inclure un questionnaire spécifique aux ACE au questionnaire de santé qui était systématiquement donné aux nouveaux patients de la clinique, Robert Anda étudia pendant un an la littérature scientifique consacrée aux traumatismes dans l'enfance.

Il a retenu ce qu'il estimait être les principaux événements d'adversité dans l'enfance, dont trois types d'abus et cinq types de dysfonctionnements familiaux, auxquels il ajouta deux types de négligences, ce qui donna les 10 différents types d'ACE de la première version du questionnaire.

Les événements étudiés dans la première étude ACE étaient les suivants :

10 catégories d'événements traumatiques regroupées en trois catégories principales :

a) Abus :

- Abus physique : coups, blessures infligées volontairement.
- Abus émotionnel : menaces, insultes, humiliation.
- Abus sexuel : attouchements ou rapports sexuels non consentis subis avant l'âge de 18 ans (imposés par une personne plus âgée de 5 ans ou plus dans le 1^{er} questionnaire ACE, cette notion d'écart d'âge a été plus tard retirée dans la nouvelle version ACE-IQ élaborée par l'OMS – Organisation Mondiale de la Santé) (5).

b) Négligence :

- Négligence émotionnelle : absence de soutien émotionnel, d'affection, ou d'encouragement.
- Négligence physique : manque de soins de base comme la nourriture, les vêtements, ou l'hygiène.

c) Dysfonctionnements familiaux :

- Violence conjugale : voir un parent ou tuteur être victime de violence.
- Alcoolisme ou toxicomanie parentale.
- Maladie mentale d'un membre de la famille (dépression, trouble bipolaire, etc.).
- Séparation ou divorce des parents, abandon.
- Incarcération d'un membre de la famille.

1.2. ACE et conséquences sur le cours de la vie et les problèmes de santé

L'article original de Vincent Felitti commence ainsi :

« La relation entre les comportements à risque pour la santé et les maladies à l'âge adulte et l'ensemble des expositions à des abus émotionnels, physiques ou sexuels pendant l'enfance et à un dysfonctionnement de la famille pendant l'enfance n'a jamais été décrite auparavant. »(2)

Par la suite le questionnaire ACE a été repris dans de nombreuses études sur l'impact des événements négatifs dans l'enfance sur la santé, somatique et psychique, à l'âge adulte, permettant de mieux comprendre leur impact sur la santé sur le long-terme, et les perturbations qu'ils causent sur le développement du cerveau et le fonctionnement des systèmes nerveux, immunologique et endocrinien ainsi que leur association avec l'augmentation de comportements à risque.(1,6,7)

Depuis l'étude initiale, d'autres événements de vie adverses ont été ajoutés à la liste des événements traumatiques tels que l'exposition à des violences en dehors de la famille (guerre, harcèlement scolaire, discrimination, etc.)(5)

Il est maintenant acquis que les ACE ont un impact au long terme sur la santé avec des données robustes en faveur des informations suivantes :

- Les ACE sont fréquents (jusqu'à 75% des personnes en ont connus au moins un)
- Les ACE les plus fréquents sont la séparation des parents, les négligences et les abus émotionnels
- les conséquences les plus fréquentes des ACE concernent les troubles mentaux en particulier les troubles dépressifs et les troubles anxieux
- Les ACE sont souvent liés (par exemple : avoir un parent avec un trouble de l'usage de l'alcool et avoir été témoin de violences intra-familiales)
- plus une personne a été exposée dans l'enfance à des événements négatifs de catégories différentes, plus son risque d'avoir des problèmes de santé, de comportement ou sociaux est élevée (relation dose-réponse). Les personnes qui en ont connus quatre types différents ou plus ont, par rapport aux personnes qui n'en rapportent aucun, un risque 4 à 12 fois plus élevé d'alcoolisme, de toxicomanie, de dépression et de tentative de suicide ; une augmentation de 2 à 4 fois du tabagisme, d'une mauvaise santé auto-évaluée, de ≥ 50 partenaires sexuels et de maladies sexuellement transmissibles ; et une augmentation de 1,4 à 1,6 fois de l'inactivité physique et de l'obésité sévère.

Le nombre de catégories d'expositions négatives pendant l'enfance a montré une relation graduée avec la présence de maladies chez l'adulte, notamment les cardiopathies ischémiques, le diabète, les cancers, les maladies pulmonaires chroniques, les fractures du squelette et les maladies du foie.

- les personnes aux scores ACE les plus élevées présentent globalement plus de comportements violents (8), cumulent plus de divorces, ont plus souvent des fractures, prennent plus de médicaments, ont le taux de dépression le plus élevé, souffrent plus souvent de maladies auto-immunes, subissent plus d'avortements (9), sont plus souvent absentes au travail et ont globalement un niveau de revenus plus bas. (6)

- l'impact des ACE commence bien évidemment dès l'enfance, plusieurs études sur des populations d'enfants ont trouvé que ceux qui avaient connu 4 ACE ou plus avaient plus de risques de rencontrer des difficultés d'apprentissage (3% de troubles des apprentissages chez les enfants qui avaient un score ACE de 0 tandis que l'on retrouvait plus de 50% de ces troubles chez les enfants au score égal ou supérieur à 4) (10) et des troubles du comportement par rapport à ceux qui n'en ont aucun, ce qui a conduit à effectuer des recherches sur l'impact du stress chronique sur le développement cérébral.

Il est intéressant de noter que l'étude originale de Felitti a été faite sur une population plus privilégiée que la moyenne aux Etats-Unis, de classe moyenne supérieure, avec un taux de diplômés de l'enseignement supérieur de 74% contre 23,9% pour la population générale en 1997 (11), et tous les participants avaient en outre un emploi et un accès privilégié aux soins.

1.3. ACE et troubles psychiatriques

Les conséquences les plus fréquentes des ACE sont des troubles mentaux en particulier les troubles dépressifs et les troubles anxieux mais ils augmentent le risque de développer tous les troubles mentaux dont les troubles psychotiques.

Il est estimé que par rapport aux personnes n'ayant pas vécu d'ACE

- Les personnes ayant un score de ≥ 4 ACE ou plus ont près de 4,5 fois de risque de souffrir de dépression majeure au cours de leur vie.

Une revue systématique et méta-analyse de Nelson et al. (2017) (12) a estimé que près de 45.6% des personnes souffrant de dépression avaient subi des abus ou négligences dans leur enfance, avec une forte prévalence des abus émotionnels.

- Le risque de développer des troubles anxieux (comme les troubles de l'anxiété généralisée, les phobies sociales) est augmenté d'environ 3 à 4 fois pour ceux ayant un score ACE élevé.

- Le risque de TSPT (Trouble de Stress Post Traumatique) est multiplié par 2 à 5 chez les personnes ayant un ACE élevé (3 ou plus).(13)

- Les individus avec ≥ 4 ACE sont 7 fois plus susceptibles de développer des troubles liés à l'abus de substances (alcool et drogues).(14)

- Le risque de tentatives de suicide est 12 fois plus élevé chez les personnes ayant un score de ≥ 4 ACE ou plus. Felitti estime que 66 à 80% des tentatives de suicides peuvent être attribués aux évènements négatifs dans l'enfance.(2)

- Une méta-analyse a montré que les personnes ayant subi des événements traumatiques dans l'enfance ont environ 2,8 fois plus de risques de développer des troubles psychotiques, y compris la schizophrénie.(15)

Les études montrent que la proportion des personnes atteintes de schizophrénie ayant vécu 3 ACE ou plus varie entre 50% et 85% contre 22 et 25% pour la population générale.(16–18)

- Une autre étude indique que les ACE augmentent la probabilité d'apparition de troubles bipolaires d'environ 2 à 3 fois.(19,20)

Les ACE sont associés à une présentation plus sévère des troubles psychiatriques, une apparition plus précoce des symptômes, des comorbidités psychiatriques plus fréquentes et des troubles plus résistants et difficiles à soigner.(6)

1.4. Impact des ACE sur les soins

« Nous avons vu que l'obésité n'est pas le problème central. L'obésité est le marqueur du problème et c'est parfois une solution. Il s'agit d'une prise de conscience extrêmement importante, car aucun d'entre nous ne s'attend à guérir un problème en traitant ses symptômes. » (21)

Les événements de vie négatifs dans l'enfance doivent être pris en compte dans le cadre d'une prise en charge globale du patient, pour s'efforcer d'adapter au mieux les soins qu'il reçoit afin d'assurer une meilleure efficacité de ceux-ci sur le long terme, qu'il s'agisse de traiter des maladies somatiques ou des troubles psychiatriques.

Cela est particulièrement vrai pour les troubles psychiatriques en général, et plus particulièrement les troubles addictifs et la prise en charge des tentatives de suicide car ce sont les situations où des scores ACE élevés se retrouvent le plus souvent avec comme conséquences des difficultés à gérer les émotions, des difficultés relationnelles plus fréquentes associées à un isolement plus important avec peu ou pas de soutien familial ou amical.

L'évaluation systématique des scores ACE aurait également un intérêt dans les pathologies somatiques où il a été démontré qu'elles sont fortement associées au fait d'avoir vécu des événements adverses dans l'enfance, pour tenter de limiter leur impact direct sur la sévérité des symptômes en raison du stress chronique dû aux conséquences de ces événements, ainsi que leur impact indirect en raison des plus grandes difficultés qu'ont les personnes aux scores ACE élevés à gérer leurs émotions négatives et à s'inscrire dans des soins sur la durée, avec des comportements à risques plus importants.

Certaines études semblent pointer que le principal enjeu n'est pas lié à différence d'efficacité des soins dans un premier temps : dans une étude sur une population pédopsychiatrique, les patients pris en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) avec mesure de placement (foyers ou famille d'accueil) et dont les scores ACE étaient globalement plus élevés que ceux des patients sans suivi par l'ASE, avaient un taux de réponse aux traitements comparables aux autres jeunes hospitalisés pour les mêmes pathologies.(22)

Dans la première étude de Felitti les patients « décrocheurs » avaient pour la plupart perdu du poids dans les proportions attendues par le programme, c'est le maintien de cette perte et de l'adhésion au programme qui faisait défaut.

La préoccupation originelle de Felitti était d'arriver à mieux soigner ses patients en les aidants à limiter les comportements à risques pour leur santé, l'hyperphagie donc, mais également les autres comportements à risques (par exemple les violences, rapports sexuels non-protégés), les conduites addictives. En effet, en tant que médecin spécialisé notamment en médecine préventive, il savait que ces comportements sont les principales causes de morbidité et de mortalité : cancers (liés à la consommation d'alcool et de tabac), maladies cardiovasculaires, hypertension artérielle, diabète, etc.).

« [...] est-ce la consommation de drogues par voie intraveineuse est un problème de santé publique ou une solution personnelle ? Est-ce les deux ? À quelle fréquence les problèmes de santé publique sont-ils des solutions personnelles ? L'abus de drogues est-il autodestructeur ou est-ce une tentative désespérée d'auto-guérison, tout en acceptant un risque futur important ? C'est un point important car la prévention primaire est bien plus difficile que prévu. Est-ce parce que la non-reconnaissance des bénéfices des comportements à risque pour la santé conduit à les considérer comme irrationnelle et comme ayant uniquement des conséquences ? Cet oubli majeur nous laisse parler en platitudes au lieu de comprendre la base causale de certains de nos problèmes insolubles. »(23)

Chez ses patients présentant une obésité sévère, le problème de l'efficacité finale des soins n'était pas lié à un manque d'efficacité initiale, mais au défaut de prise en charge de ce qui l'avait causée et l'absence de prise en compte de ses bénéfices secondaires.

Une prise en charge efficace de ces patients ne peut pas se faire sans la prise en charge de leurs traumatismes et de leurs conséquences.

« Il est devenu évident que les expériences traumatisantes de la vie durant l'enfance et l'adolescence étaient beaucoup plus fréquentes dans une population obèse que ce qui était facilement admis. Nous avons progressivement découvert qu'une perte de poids importante est souvent une menace sexuelle ou physique et que l'obésité, quels que soient ses risques pour la santé, a un effet protecteur sur le plan émotionnel. »(21)

Cette problématique se retrouve logiquement dans les troubles addictifs ainsi que dans la prise en charge des pathologies somatiques qui en sont la conséquence, le taux de rechute à 1 an du sevrage, toutes substances confondues, étant de 40 à 60 %, et de 80 à 90% pour l'alcool et les opiacés.(24,25)

Afin d'améliorer les soins apportés à ses patients et leur efficacité, Felitti a mis en place des groupes de soutien encadrés par des soignants formés aux questions des traumatismes dans l'enfance.

« Contrairement à la simplicité du jeûne, les réunions de groupe hebdomadaires de deux heures du programme constituent une entreprise complexe dans laquelle certains patients ont du mal à s'engager [...] le travail est difficile car certains patients y résistent et cela peut réveiller des fantômes personnels chez les soignants [...] »(21)

La partie purement médicale des soins (surveillance des constantes, bilans sanguins) est la plus simple aussi bien pour les patients que pour les soignants, la prise en charge des traumatismes est nettement plus complexe et difficile mais elle est indispensable.

« L'inceste, le viol, les suicides familiaux et la brutalité parentale ne sont pas facilement évoqués. Cela étant, nous, médecins, n'avons généralement aucune base pour nous prononcer sur la fréquence ou la rareté de telles expériences de vie. Nous avons documenté ces expériences comme étant étonnamment courantes chez nos patients, mais nous ne le savions pas avant de commencer à nous renseigner régulièrement à leur sujet. Étonnamment, nous avons appris que discuter de ces expériences n'est généralement pas inconfortable pour ceux qui les ont vécues, s'ils sont soutenus par une personne à l'aise avec leur évocation. Les patients ressentent souvent un grand soulagement en discutant de leurs expériences de vie. »(21)

Les principales leçons qui peuvent être tirées de ces études sont l'importance de la prévention des événements d'adversité dans l'enfance et de favoriser les facteurs de résilience. Cela va de programmes de lutte contre la pauvreté aux campagnes de préventions contre les violences (ex. Programmes de lutte contre le harcèlement scolaire et le cyberharcèlement) en passant par l'implication dans la mesure du possible des parents en les aidant à adopter des pratiques parentales positives (programme triple P (26)).

Quant aux soins en eux-mêmes, il faudrait commencer par former tous les soignants, dans toutes les spécialités médicales ainsi qu'en psychiatrie, aux questions des événements de vie négatifs et de leurs conséquences sur la santé, afin qu'ils soient à l'aise pour les rechercher de façon systématique et en discuter avec les patients, puis d'en tenir compte dans le programme de soins proposés.

2. MATERIEL ET METHODES

2.1. Type de l'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective sur dossier pour évaluer la fréquence des principaux événements d'adversité dans l'enfance.

2.2. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer les antécédents, les parcours scolaires et professionnels, les événements de vie négatifs dans l'enfance vécus par les patients de l'HdJ (Hôpital de jour) Daumezon. Le but à long terme est d'adapter au mieux l'offre de soins qui leur est proposée.

L'évaluation clinique, par le biais de l'EGF (Evaluation Clinique Globale) et de la CGI (Clinical Global Impression) pour évaluer l'évolution clinique des patients depuis leur entrée à l'HdJ, a permis de voir quels patients ont le plus bénéficié de la prise en charge, et de se questionner sur les éléments de leur fonctionnement qui méritent le plus d'attention.

Enfin, il était intéressant de voir dans quelle mesure ces patients correspondaient ou non à ce que l'on pouvait s'attendre par rapport à ce que l'on sait déjà de la relation entre les expériences négatives de l'enfance (évaluées grâce aux questionnaires ACE et CTQ- Childhood Trauma Questionnaire) et les trajectoires scolaires et professionnelles des patients en psychiatrie adulte et comment ces facteurs influencent l'évaluation clinique globale (en se basant sur les scores CGI et EGF), ou dans quelle mesure ils s'en distinguent.

2.3. Recueil des données

Cette étude a été réalisée à l'HDJ Daumezon, avec l'accord de la psychiatre référente, Dre Zoulikha Mazri et de l'équipe soignante.

Elle a été réalisée sur la base de données collectée dans le cadre de soins courants, elle rentre dans le cadre hors Loi Jardé. Une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) dans le cadre de la méthodologie de référence (MR) 004 (recherches n'impliquant pas la personne humaine - RNIPH), études et évaluations dans le domaine de la santé, a été réalisé (n° 2235707).

L'intérêt pour le service d'HDJ était multiple. D'une part, les dossiers médicaux ont été mis à jour. En effet, les antécédents médicaux n'étaient pas toujours renseignés de façon exhaustive. D'autre part, nous avons pu obtenir une meilleure connaissance des parcours des patients, tant sur les plans scolaires que professionnels et personnels. Ces informations n'apparaissent que trop rarement dans les dossiers mais permettent de mieux comprendre les patients, dans leur globalité, en tant que sujet, mais aussi du point de vue clinique, les difficultés scolaires et professionnelles précédant souvent les décompensations psychiatriques aiguës ou en étant les conséquences.

Enfin, les questionnaires ACE et CTQ ont permis à certains patients de parler plus spécifiquement de leurs traumatismes et de leurs conséquences étant donné que plusieurs d'entre eux avaient rapporté n'avoir jamais évoqué leurs traumatismes avec leur psychiatre, en dépit pour certains de symptômes post-traumatiques toujours présents.

Ces informations, ainsi que l'évaluation de l'amélioration de la situation globale de chaque patient depuis son entrée (tant sur le plan clinique que fonctionnel, avec mise en place de projets, par exemple logement indépendant de leurs familles, entrée en ESAT -établissements ou services d'aide par le travail-, mise en place de mesures de protection) permettront à l'équipe de l'HdJ de s'assurer que les soins soient les plus adaptés possibles aux besoins de chacun.

2.4. Réalisation

Chaque patient a été informé en début d'entretien qu'il s'agissait d'une part de vérifier les informations présentes dans leur dossier médical, de recueillir des informations manquantes concernant leur parcours et leur santé et, d'autre part, de leur soumettre deux questionnaires sur les événements de vie difficiles survenus avant l'âge de 18 ans.

Il a été précisé que les informations les concernant seraient anonymisées dans le cadre de ce travail de thèse, qu'ils pouvaient refuser de participer à ces entretiens, y mettre fin s'ils le

souhaitaient et même demander que leurs données ne soient pas utilisées pour l'étude. Tous les patients ont accepté ces entretiens.

2.5. Population étudiée, Critères d'inclusion, Structures de soins

La population incluse dans l'étude est constituée de tous les patients hospitalisés sur l'HDJ pendant la période d'inclusion (entretiens et recueil des informations utiles à l'étude dans leurs dossiers), du 8 avril 2024 au 31 août 2024.

Les seuls critères de non-inclusion étaient le refus ou l'incapacité d'un patient à donner son accord, il n'y avait pas de critères d'exclusion.

La majorité des patients a un diagnostic de schizophrénie, les autres ont soit des troubles neurodéveloppementaux, soit des troubles anxieux et/ou un syndrome de stress post-traumatique.

Tous les patients bénéficient de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) ou vont en bénéficier (1 demande en cours).

L'objectif de la prise en charge à l'HDJ est de mettre en place un projet de soins qui va permettre une amélioration du fonctionnement global du patient en l'aidant à diminuer et stabiliser ses symptômes, à gagner en autonomie, pour certains à reprendre un travail, généralement en ESAT, à intégrer un logement adapté (classique pour les patients qui le peuvent, ou dans des structures adaptées), à mieux adhérer aux soins et mieux comprendre leur maladie, grâce à une équipe pluridisciplinaire (psychiatre, infirmiers, éducateur, psychologue, assistante sociale) et des ateliers adaptés à leurs problématiques (sportifs, cognitifs, manuels, relaxants, etc.).

Les soins à l'HDJ nécessitent le plein accord et la participation active des patients, il ne peut s'agir de soins sous contrainte. Pour améliorer leur autonomie, réintégrer un emploi, ou développer leur vie sociale, ces patients ont besoin d'un suivi intensif et régulier, sans nécessité d'une surveillance continue, ainsi que d'un soutien dépassant ce que peuvent offrir les consultations.

2.6. Variables étudiées

2.6.1 Adverse Childhood Experience Scale (ACE)

Les situations d'abus et de négligence ont été collectés à l'aide de l'échelle ACE (Anda et al., 2010), un hétéro-questionnaire composé de 10 items à réponse binaire utilisable chez les sujets de moins de 18 ans (Anda et al., 2010). L'ACE inclut trois catégories d'abus : les abus psychologiques (2 questions, 1 point si « Oui » à l'une des questions, le principe est le même pour tous les binômes de questions), les abus physiques (2 questions), les abus sexuels (2 questions), les situations de négligence émotionnelle (2 questions) et les situations de négligence physique (2 questions) ; les autres items font référence aux situations d'exposition de l'enfant à des comportements dommageables chez les autres membres du foyer (7 questions). Le score maximal est de 10. (Annexe 1).

2.6.2 Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

Le CTQ est un questionnaire développé par Bernstein et al. (1994) qui comprend 70 items avec une échelle de type Likert en cinq choix de réponse (de 1 = « jamais vrai » à 5 = « très souvent vrai »). Le score minimum pour chaque question est de 5 et au maximum de 25.

Il a été élaboré à partir d'une revue détaillée de la documentation sur la maltraitance et à partir aussi de l'expérience d'une entrevue structurée, le Childhood Trauma Interview, développée par les mêmes auteurs

C'est la version courte (Childhood Trauma Questionnaire Short Form – CTQ-SF)(27) à 28 items (25 items cliniques et 3 de validité pour évaluer la propension au déni ou à la minimisation du sujet interrogé) qui a été utilisée. Il permet d'obtenir des réponses plus nuancées. (Annexe 2)

2.6.3 Clinical Global Impression (CGI)

L'échelle d'Impression Globale Clinique (CGI) se compose de deux évaluations distinctes : la CGI-S (« S » pour Severity ; Sévérité) pour l'évaluation de la sévérité des symptômes psychopathologiques sur une échelle allant de 1 à 7 et la CGI-I (« I » pour Improvement, Amélioration) pour l'évaluation de la modification depuis le début du traitement, évaluée sur une échelle similaire de sept points. Un expert peut remplir cette évaluation en moins de 60 secondes après une consultation clinique. Au-delà de la simple énumération de symptômes, la CGI capture des impressions cliniques profondes. Elle est facile à appréhender et peut être aisément utilisée par des cliniciens non impliqués dans la recherche. De plus, le CGI est un outil précieux pour suivre l'évolution clinique au fil du temps. Il a été prouvé que ses résultats concordent avec des méthodes d'évaluation plus détaillées, bien que celles-ci soient plus longues et laborieuses, pour de multiples diagnostics en psychiatrie. (Annexe 3)

2.6.4 Échelle Globale de Fonctionnement (EGF)

Dans le cadre du DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^{ème} édition) , l'Échelle Globale de Fonctionnement (EGF) mise en annexe est un outil d'évaluation qui permet de signaler les enjeux physiques et sociaux susceptibles d'affecter la situation du patient et son traitement. Elle vise à déterminer comment la psychopathologie du patient impacte son bien-être psychosocial sans prendre en compte les facteurs externes limitants, qu'ils soient physiques ou contextuels. L'EGF utilise une échelle de 1 à 100 pour mesurer l'influence des symptômes psychiatriques sur le fonctionnement psychosocial du patient. À titre illustratif, un score entre 91 et 100 indique un niveau élevé de fonctionnement dans diverses activités, une absence de symptômes et une grande résilience face aux problèmes. Un score entre 81 et 90 dénote un fonctionnement globalement satisfaisant avec des symptômes minimales ou inexistantes, comme une légère anxiété avant un test. Quant à la plage 71-80, elle révèle une présence de symptômes transitoires en réponse à des facteurs de stress anticipés, avec une légère perturbation des fonctionnalités sociales ou professionnelles. (Annexe 4)

2.6.5 Grille de recueil sociodémographique et clinique

Les informations suivantes ont aussi été collectées compte tenu de leur pertinence dans la problématique de l'étude, pour chaque patient :

a) Variables socio-démographiques :

- Genre : homme/femme
- Âge : en années
- Statut socio-économique : divisé en trois catégories (faible, moyen, bon)
- Travail en milieu ordinaire (oui/non)
- Travail en ESAT (oui/non)
- Vivre seul ou en couple (logement autonome classique) (oui/non)
- Logé au sein de la famille (oui/non)
- Autres formes de logement (foyers d'hébergement, foyers de vie, etc.) (oui/non)
- Vie de couple : en couple (oui/non)
- Parentalité : avoir des enfants (oui/non)

b) Facteurs psychosociaux et scolaires :

- Mesure de placement pendant l'enfance (oui/non)
- Abus sexuel pendant l'enfance (oui/non)
- Redoublement scolaire (oui/non)
- Fréquentation de structures spécialisées (ITEP-Instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques, IME-Institut médicoéducatif, IMPRO-Institut Médico Professionnel) (oui/non)
- Harcèlement scolaire (oui/non)
- Niveau de diplôme obtenu :
 - Aucun diplôme (oui/non)
 - Brevet (oui/non)
 - Baccalauréat (oui/non)
 - Diplôme supérieur (Bac +2) (oui/non)
- Age de début des difficultés scolaires en années
- Délits avant 18 ans (oui/non)
- Délits en tant qu'adulte (oui/non)
- Prison (antécédents d'incarcération : oui/non)

c) Caractéristiques cliniques :

- Tentatives de suicide (antécédents) : (oui/non)
- Symptômes psychotiques : Présence de symptômes psychotiques dans les 6 derniers mois (oui/non)
- Symptômes dépressifs : Présence de symptômes dépressifs dans les 6 derniers mois (oui/non)
- Durée d'évolution du trouble principal : Durée en années
- Usage de substances :
- Trouble de l'usage de l'alcool (actuel, sevré, pas de consommations problématiques)
- Consommation de tabac (actuel, sevré, non)
- Consommation de cannabis (oui/non)
- Consommation d'autres toxiques (actuel, sevré, pas d'antécédent de consommation d'autres produits)

d) Évaluation de la sévérité des troubles et de la réponse aux traitements :

- Durée d'hospitalisation à l'HDJ en jours
- Score EGF : score attribué au patient
- CGI-S : score attribué au patient
- CGI-I : score attribué au patient
- Hospitalisations non programmées dans les 6 derniers mois (oui/non)

e) Antécédents psychiatriques :

- Antécédents de prise en charge en pédopsychiatrie (oui/non)
- Antécédents de prise en charge en psychiatrie adulte (oui/non)
- Antécédents psychiatrique familiaux (oui/non)
- Age lors de la 1^{ère} prise en charge psychiatrique en années
- Durée du parcours de soins psychiatriques (de 1^{ère} prise en charge à l'inclusion, en années)

f) Histoire développementale et antécédents somatiques ;

- Surpoids/obésité (oui/non)
- Déficit intellectuel (oui/non)

- Diagnostic de TSA (Trouble du spectre Autistique) (oui/non / PE = « peut-être », la question du diagnostic se pose mais n'a pas encore été établi)

Peu de patients ont des antécédents somatiques connus, cette donnée a donc été exclue car cela ne permettait pas de faire des corrélations avec les scores ACE ; ce point est néanmoins intéressant pour les médecins de l'HDJ car cela révèle que les patients connaissent mal leurs propres antécédents et/ou ne bénéficient pas d'un suivi médical optimal sur le plan somatique.

2.7. Analyse des données

Les analyses statistiques ont été réalisées par Dre Marie Cachera, biostatisticienne.

Premièrement, les caractéristiques cliniques et socio-démographiques de l'ensemble des sujets ont été décrites, en nombres et pourcentages pour les variables qualitatives, par des moyennes et écarts-types pour les variables quantitatives). Ces caractéristiques incluent principalement des variables telles que le genre, l'âge, le statut socio-économique, le logement, l'emploi, ainsi que des facteurs psychosociaux comme les antécédents de placement ou de harcèlement scolaire.

Deuxièmement, la fréquence de chaque événement d'adversité dans l'enfance a été examinée. Les événements d'adversité sont mesurés à l'aide du questionnaire ACE (Adverse Childhood Experiences).

Troisièmement, les corrélations entre la sévérité des situations d'adversité dans l'enfance et les variables socio-démographiques et cliniques ont été examinées (Tableau 2 ; grâce aux tests de Fisher, χ^2 ou les corrélations de Kendall, selon ce qui était pertinent pour chaque variable).

La sévérité a été évaluée sous la forme du score total ACE et du score total CTQ, en 3^e colonne en ajoutant aux scores ACE des patients 1 point supplémentaire pour chaque événement négatif de l'enfance qui n'est pas pris en compte dans cette version de l'ACE et qui a été inclus dans les données (décès d'un parent, harcèlement scolaire, migration, mesure de placement).

Ces analyses permettent d'évaluer comment les ACE et le CTQ sont associés aux facteurs tels que les tentatives de suicide, les symptômes dépressifs, ou encore la sévérité globale des troubles.

Les différences étaient considérées comme statistiquement significatives pour une p-value ≤ 0.05 . Une erreur de type II étant considérée comme plus délétère qu'une erreur de type I dans nos analyses, nous n'avons pas appliqué de correction pour les tests multiples.

Les analyses statistiques ont été conduites à l'aide du logiciel R®.

3. RESULTATS

3.1. Analyse descriptive

3.1.1. Caractéristiques socio-économiques

Au total 23 patients ont participé à cette étude du 8 avril 2024 au 31 août 2024.

Il s'agit en grande majorité d'hommes (87%), relativement jeunes adultes (moyenne d'âge de 33 ans) à quelques exceptions près (5 patients âgés de plus de 40 ans dont un qui est âgé de 53 ans), issus de milieux de niveau socio-économique faible (43%) ou moyen (57%). Moins de la moitié a déjà eu une expérience professionnelle, que ce soit en milieu ordinaire (26%) ou en ESAT (22%). Une minorité vit dans un logement classique (logement seul dans le tableau 1, 22%, chiffre qui inclut le seul patient vivant en couple), seuls 3 patients ont actuellement une relation de couple (2 patients qui ont un ou une partenaire mais ne vivant pas sous le même toit.) Un seul patient a des enfants et n'a plus de contact avec eux.

Un quart des patients a commis des délits à l'âge adulte, le plus souvent en lien avec des violences (bagarres ou violences conjugales), des vols à l'étalage, ou la détention de produits stupéfiants.

Un huitième des patients a commis des délits avant l'âge de 18 ans et la même proportion a des antécédents d'incarcération.

3.1.2. Facteurs psycho-sociaux et insertion scolaire

Un peu plus d'un quart des patients ont été placés dans leur enfance (6 patients, 26%), 5 en famille d'accueil et un en foyer d'éducation fermée en raison d'actes de délinquance répétés.

La majorité des patients a connu des difficultés pendant leur scolarité avec un peu plus de la moitié qui déclare avoir redoublé au moins une fois.

Pour les patients qui ont déclaré avoir rencontré des difficultés scolaires avant 18ans, l'âge moyen des premières difficultés scolaires était de 10.25 ans.

Un tiers rapporte avoir été victime de harcèlement scolaire.

Un peu plus de la moitié a eu le brevet des collèges ou un diplôme équivalent mais seulement un cinquième a obtenu un baccalauréat, le plus souvent professionnel.

Deux patients ont été en ITEP et/ou en IME, 4 patients sont allés en Ulis et/ou ont bénéficié de l'aide d'une AESH - Accompagnant des élèves en situation de handicap (1 patient a d'abord été aidé d'une AESH avant d'être orienté vers une IME).

3.1.3. Caractéristiques cliniques

Presque la moitié des patients (48%) a fait au moins une tentative de suicide dans sa vie, 43% ont eu des symptômes psychotiques positifs (idées délirantes, hallucinations) au cours des six derniers mois, 43% ont présenté des symptômes dépressifs au cours des six derniers mois.

La durée moyenne d'évolution du trouble principal est de 17,09 ans (écart-type 6.24).

L'usage de substances toxiques est très répandu, 61% des patients fument du tabac, 43% consomment du cannabis, 17% des patients ont un trouble de l'usage de l'alcool, 17% ont consommé d'autres toxiques (cocaïne, héroïne, ecstasy, amphétamines).

Tableau 1. Caractéristiques cliniques et socio-démographiques des participants

		N=23
Caractéristiques socio-démographiques		
Genre, homme, n (%)		20 (86.96)
Âge (années), moyenne (écart-type)		33 (8.50)
Statut socio-économique, faible et moyen/bon, n (%)		Faible 10 (43.48) Moyen 13 (56.52) Bon 0 (0)
Travaille/A travaillé en milieu ordinaire, n (%)		6 (26.09)
Travaille/A travaillé en ESAT, n (%)		5 (21.74)
Logement seul, n (%)		5 (21.74)
Logé au sein de sa famille, n (%)		7 (30.43)
Autres (foyers d'hébergement, foyer de vie, etc.), n (%)		11 (47.83)
En couple au moment de l'inclusion, n (%)		3 (13.04)
Qui ont des enfants, n (%)		1 (4.35)
Facteurs psychosociaux et insertion scolaires		
Mesure de placement, n (%)		6 (26.09)
Abus sexuel, n (%)		4 (17.39)
Redoublement, n (%)		13 (56.52)
Structures d'éducation spécialisée : ITEP, IME, IMPRO, n (%)		2 (8.7)
ULIS et/ou AESH		4 (17.4)
Ensemble IME, ULIS, etc.		5 (21.74)
Harcèlement scolaire, n (%)		8 (34.78)
Sans aucun diplôme, n (%)		7 (30.43)
Titulaire du Brevet, n (%)		13 (56.52) 13 (59.09) sans le NC (Non connu/pas d'information)
Titulaire du Bac, n (%)		5 (21.74) 5 (22.73) sans le NC
Diplôme Bac +2, n (%)		3 (13.04)
Age de début des difficultés scolaires (Moyenne)		10.25
Délits avant 18 ans, n (%)		3 (13.04)
Délits en tant qu'adulte, n (%)		6 (26.09)
Prison, n (%)		3 (13.04)
Caractéristiques cliniques		
Tentatives de suicide vie entière, n (%)		11 (47.83)
Symptômes psychotiques positifs 6 derniers mois, n (%)		10 (43.48)
Symptômes dépressifs 6 derniers mois, n (%)		10 (43.48)
Durée d'évolution du trouble principal (années), n (%)		Moyenne 17.09 écart-type : 6.24
Trouble de l'usage de l'alcool actuel et sévère, n (%)		4 (17.39) Sévère 1 (4.35)
Tabac, n (%)		14 (60.87) Sévère 1 (4.35)
Cannabis, n (%)		10 (43.48)
Autres toxiques, n (%)		4 (17.39) Sévère 2 (8.70)
Sévérité et réponse aux traitements		
Durée d'hospitalisation (moyenne, écart-type, minimum-maximum, médiane)		Moyenne 978.57 écart-type : 674.46

	Minimum 242 Maximum 2650 Médiane 928
Score EGF à l'inclusion moyenne (écart-type)	58.04 (19.57)
CGI-S, moyenne (écart-type)	5.61 (1.34)
CGI-I, moyenne (écart-type)	1.78 (0.74)
Hospitalisations non programmés 6 derniers mois, n (%)	1 (4.35)
Antécédents psychiatriques	
Antécédents d'hospitalisation en pédopsychiatrie, n (%)	4 (17.39)
Antécédents d'hospitalisation en psychiatrie adulte, n (%)	20 (86.96)
Antécédents psychiatriques familiaux, n (%)	16 (69.57)
Age à la 1 ^{ère} prise en charge psychiatrique (moyenne)	Moyenne 20.74 écart-type : 9.47
Age à la 1 ^{ère} prise en charge psychiatrique (médiane)	19 (minimum : 5 ans ; maximum : 53 ans)
Durée du parcours de soins psychiatriques (de 1 ^{ère} prise en charge à l'inclusion, en années)	Moyenne 12.57 écart-type : 6.63
Histoire développementale et Antécédents somatiques	
Maladies	Non inclus, trop peu de patients concernés, données non fiables
Surpoids/obésité, n (%)	6 (26.09%)
Déficit intellectuel, n (%)	6 (26.09%)
TSA, n (%)	Oui 1 (4.35%) Probable (la question du diagnostic se pose mais n'a pas encore été confirmée) 3 (13.04%)
Troubles psychiatriques	
Schizophrénie, n (%)	15 (65.22%)
Episode dépressif majeur n (%)	6 (26.09)
TSPT, n (%)	3 (13.04)
Anxiété généralisé, n (%)	8 (34.78)
Anxiété/phobie sociale, n (%)	7 (30.43)
Trouble panique, n (%)	3 (13.04)

3.1.4. Sévérité et réponse aux traitements

La durée moyenne de prise en charge sur l'HDJ est de 978.57 jours (environ 2 ans et 8 mois), la médiane est de 928 jours (environ 2 ans et 6.5 mois), l'écart-type est de 674.46, le minimum (durée de séjour la plus courte parmi les patients) est de 242 jours, le maximum (durée de séjour la plus longue) est de 2650 jours (environ 7 ans et 3 mois).

Le score EGF moyen à l'inclusion est de 58 (écart-type :19.57) ce qui correspond à des symptômes d'intensité et/ou des difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement scolaire, social ou professionnel mais les scores des patients vont de 28 (comportement influencé par des hallucinations ou des idées délirantes, altération du jugement et/ou patient incapable de fonctionner dans presque tous les domaines) à 98 (absence de symptômes).

Cette évaluation reste relative car la base de l'évaluation pour les soignants se fait sur des patients qui ont en majorité des troubles psychotiques chroniques avec des troubles cognitifs légers le plus souvent en lien avec leur maladie.

Le score CGI-S moyen à l'entrée est de 5.61 (écart-type :1.34) ce qui correspond à « marqué/manifestement malade » - gêne fonctionnelle évidente dans tous les domaines.

Le score CGI-I moyen à l'inclusion est de 1.78 (écart-type : 0.74) ce se situe entre 1= Très fortement amélioré et 2= Fortement amélioré.

Un seul patient a nécessité une hospitalisation non programmée au cours des 6 mois précédents la fin de la période d'inclusion.

3.1.5. Antécédents psychiatriques

L'âge moyen de la première prise en charge en psychiatrie est de 20.74 ans (écart-type : 9.47), l'âge médian est de 19 ans (minimum : 5 ans, maximum : 53 ans), 17% des patients ont été hospitalisés au moins une fois en pédopsychiatrie et 87% des patients ont été hospitalisés au moins une fois dans un service de psychiatrie adulte à temps plein.

La majorité (70%) des patients a déclaré avoir des antécédents psychiatriques familiaux (parents ou fratrie), tout type de pathologies psychiatriques confondu.

La durée moyenne du parcours de soins des patients à l'inclusion, de la première prise en charge psychiatrique à l'inclusion, est de 12.57 ans. (écart-type 6.63)

3.1.6. Histoire développementale et antécédents somatiques

Seuls deux patients ont déclaré des antécédents somatiques nécessitant un suivi médical régulier (1 patient avec des séquelles d'endocardite causée par une infection causée par ses consommations d'héroïne par voie intraveineuse- patient sevré depuis plusieurs années ; 1 patiente souffrant d'épilepsie).

Parmi les patients (26%) qui sont en surpoids ou obèses, la plupart déclarent avoir pris du poids en raison de leurs traitements neuroleptiques.

Un peu plus d'un quart (26%) des patients ont un déficit intellectuel léger diagnostiqué dans l'enfance.

Un patient (4%) a un diagnostic de TSA sans déficit intellectuel ; ce diagnostic est envisagé pour 3 patients (13%) qui n'ont pas encore pu bénéficier d'un bilan adéquat.

3.1.7. Troubles psychiatriques

Le trouble psychiatrique le plus courant pour les patients de l'HDJ est la schizophrénie (tous types confondus, majoritairement des schizophrénies paranoïdes) : 15 patients concernés sur 23 (65%).

Ce diagnostic est discuté pour 1 patient, qui a été adressé pour cette pathologie et pour qui la question d'un TSA et/ou d'un trouble de la personnalité sévère se pose.

Les patients qui n'ont pas un diagnostic de schizophrénie ont :

- Un déficit intellectuel léger connu depuis l'enfance (3 patients sur 6 avec déficit intellectuel connu depuis l'enfance, les 3 autres ont comme diagnostic principal une schizophrénie), accompagné dans les 3 cas de troubles du comportement et de troubles anxieux sévères. Dans un cas il y a un trouble du stress post-traumatique en lien avec des violences graves subies avant l'âge de 7ans, les 2 autres patients souffrent principalement de troubles anxieux sévères (trouble anxieux généralisé, trouble panique et anxiété sociale invalidante).

- Un TSA confirmé, 3 autres patients chez qui la question de ce diagnostic se pose encore. Les quatre patients souffrent de troubles anxieux sévères et/ou d'une dépression sévère.
- Un patient souffre d'un trouble de stress post-traumatique sans autre pathologie psychiatrique antérieure connue.

Certains patients ont plusieurs troubles concomitants, le plus souvent soit l'association d'un déficit intellectuel et de troubles anxieux sévères, soit de TSA et de troubles anxieux sévères. C'est ainsi que l'on retrouve :

- des épisodes dépressifs majeurs : 6 patients (26%)
- des trouble de stress post-traumatiques : 3 patients (13%)
- des troubles anxieux généralisés : 8 patients (35%)
- de l'anxiété/phobie sociale : 7 patients (30%)
- des troubles panique : 3 patients (13%)

3.1.8. ACE – Evènements de vie négatifs dans l'enfance, parmi les participants

L'évènement de vie négatif le plus souvent retrouvé est la séparation ou divorce des parents chez 16 patients (70%).

En 2^e position ex-aequo viennent la négligence émotionnelle et les abus psychologiques chez 7 patients (30%).

En 4^e position ex-aequo nous avons les abus physiques et une maladie mentale chez l'un des deux parents, retrouvés chacun chez 5 patients (22%).

En 6^e position ex-aequo nous retrouvons les abus sexuels et les abus de substance chez un des parents, qui concernent chacun 4 patients (17%).

Enfin nous avons les négligences physiques pour 3 patients (13%), l'incarcération d'un des deux parents pour 2 patients (9%) et l'exposition à des violences intrafamiliales rapportées par 1 patient (4%)

Seuls deux patients n'ont pas rapporté d'ACE, les autres (22 soit 91%) en ont rapporté au moins un.

Un plus de la moitié (52%) rapportent au moins 1 ACE dans une des catégories d'ACE considérés comme les plus néfastes (1 à 5 dans le tableau 2 : abus psychologiques, abus physiques, abus sexuels, négligence émotionnelle, négligences physiques).

L'âge moyen auquel avait lieu le 1^{er} ACE est de 6,73 ans (âge médian 8 ans), 22% des patients ont rapporté 3 ACE ou plus, 17% 4 ACE ou plus.

Tableau 2. ACE – Evènements de vie négatifs dans l'enfance, parmi les participants

		N=23
Adverse Childhood Experiences Questionnaire (10 items) (évènement de vie marquant dans l'enfance)		
	Abus psychologique	7 (30.43)
	Abus physique	5 (21.74)
	Abus sexuel	4 (17.39)
	Négligence émotionnelle	7 (30.43)
	Négligence physique	3 (13.04)
	Séparation parentale ou divorce	16 (69.57)
	Abus de substance chez un des parents	4 (17.39)
	Maladie mentale chez l'un des parents	5 (21.74)
	Exposition à des violences intrafamiliales	1 (4.35)
	Incarcération d'un des deux parents	2 (8.7)
	Age moyen du 1 ^{er} ACE	6.73 ± 4.83
	Age médian 1 ^{er} ACE	8
<i>Au moins un ACE [≥ 1 items parmi 1-10] (% de ceux qui ont 1 et +)</i>		91.3%
<i>ACE égal ou supérieur à 3</i>		21.74%
<i>ACE égal ou supérieur à 4</i>		17.39%
<i>Au moins un évènement de vie [≥ 1 items parmi 1-5]</i>		52.17%
CTQ (évènement de vie marquant)		
1	Abus émotionnel	Total 199 Moyenne (écart-type) 8.65 (3.54) Médiane :8 Aucun à minime : 56.5% Léger à moyen : 21.7% Moyen à sévère : 17.4% Sévère à extrême : 4.3%
2	Abus physique	Total 148 Moyenne (écart-type) 6.43 (3.37) Médiane 5 Aucun à minime : 86.96% Léger à moyen : 8.70% Sévère à extrême : 4.35%
3	Abus sexuel	Total 172 Moyenne (écart-type) 7.48 (4.48) Médiane 5 : Aucun à minime 65.22% Léger à moyen : 8.70% Moyen à sévère : 8.70% Sévère à extrême : 17.39%
4	Négligence émotionnelle	Total 249 Moyenne (écart-type) 10.83 (4.95) Médiane 10 : Aucun à minime 47.83% Léger à moyen : 34.78% Moyen à sévère : 8.70% Sévère à extrême : 8.70%
5	Négligence physique	Total 153 Moyenne (écart-type) 6.65 (3.89) Médiane 5 Aucun à minime : 78.26% Léger à moyen : 13.04% Moyen à sévère : 4.35% Sévère à extrême : 4.35%
	Migration	2 (8.7)

	Décès d'un parent	3 (13.04)
	Mesure de placement	6 (26.09)
	Harcèlement	8 (34.78)

Le score total (de tous les patients) permet de voir quel type d'évènement de vie négatif a le plus d'importance parmi les patients, la répartition des scores en utilisant les valeurs seuil qui ont été définies par les auteurs du questionnaire permettent de voir si pour chaque type d'évènement la gravité rapportées par les patients.

La négligence émotionnelle est ce qui a été le plus rapporté par l'ensemble des patients (score total le plus élevé), mais ce sont principalement des négligences « légères à modérées » pour 35% des patients.

En second se trouvent les abus émotionnels, majoritairement de « légers à moyens » (22%) et de « moyens à sévères » (17% des patients).

Ici les abus sexuels se retrouvent en 3^e position pour le score global de tous les patients, ce sont les scores des patients qui ont rapportés des abus « sévères à extrêmes » (17%) qui ont relevé le score global des patients.

Cette différence entre les scores ACE et du CTQ-CF est aussi due au fait que dans l'ACE la question des abus ne peut être cotée « Oui » que si l'agresseur était âgé « d'au moins 5ans de plus » que le patient tandis que cette notion d'âge n'apparaît pas dans le CTQ-SF.

En 4^e position se trouvent les négligences physiques, principalement « légères à moyennes » (13% des patients).

En 5^e position il y a les abus physiques, la majorité (87%) des patients n'en rapportent pas ou de rares/légers (« aucunes à minimales »), 1 patient (4%) a rapporté des abus physiques « sévères à extrêmes ».

Enfin, des évènements de vie difficiles qui ne sont pas pris en compte dans l'ACE à 10 items ni dans le CTQ (version longue et courte) ont été pris en compte lors des entretiens individuels. Le plus courant est le harcèlement scolaire (35% des patients), suivi du fait d'avoir été placé pendant l'enfance (26% des patients, cela recouvre les placements par l'ASE en foyer, en famille d'accueil, et les placements en centres éducatifs fermés), le fait d'avoir perdu un de ses deux parents avant 18 ans (3 patients, 13.04) et 2 patients ont dû migrer avant l'âge de 18 ans (l'un d'eux a été envoyé pour vivre chez une de ses tantes en France, l'autre a migré avec ses parents).

Le tableau 3 a en lignes les éléments du tableau 1 : caractéristiques socio-démographiques, facteurs psychosociaux et insertion scolaire, sévérité et réponse aux traitements, histoire développementale et antécédents somatiques, troubles psychiatriques, et trois colonnes.

La première évalue les associations avec le score total des ACE, la deuxième les associations avec le score total du CTQ et la troisième pour voir si on trouve d'autres associations, ou des associations plus fortes, en ajoutant 1 point pour chaque « Décès d'un parent, harcèlement, migration ou mesure de placement » rapporté par les patients. En effet, une des principales critiques à l'encontre des questionnaires ACE (10 items) et CTQ est qu'ils ne tiennent pas compte de ces évènements de vie difficiles.

Pour la majorité des tests qui ont été réalisés, aucun résultat significatif n'a été retrouvé, à quelques exceptions près.

Le fait d'avoir un score ACE élevé est associé avec le fait d'être en surpoids ou obèse.

Le fait d'avoir un score élevé au CTQ est associé avec le fait d'avoir été dans des structures d'éducation spécialisées (ITEP, IME, IMPRO), d'avoir un trouble de l'usage de l'alcool ou un TSPT.

Le fait d'avoir un score ACE additionné aux autres événements de vie négatifs (décès d'un des parents, harcèlement, migration, mesure de placement) élevé est associé au fait d'avoir déclaré avoir eu des symptômes dépressifs les 6 derniers mois.

Tableau 3. Associations entre ACE et caractéristiques cliniques et socio-démographique

		Score total ACE (groups <4 et >=4)	Score total CTQ	Score total ACE (groups <4 et >=4) + Décès d'un parent + harcèlement + Migration + Mesure de placement
Caractéristiques socio-démographiques				
	Genre (homme)	0.68 (p=0.45) (F)	7.2 (p=0.07) (chi2)	0.93 (p=1.00) (F)
	Statut socio-économique, faible et moyen/bon	0.39 (p=0.60) (F)	3.16 (p=0.38) (chi2)	1.47 (p=0.68) (F)
	Travail/A travaillé en milieu ordinaire	1.06 (p=1.00) (F)	0.96 (p=0.81) (chi2)	1.09 (p=1) (F)
	Travail/A travaillé en ESAT	0.21 (p=0.19) (F)	3.65 (p=0.30) (chi2)	0.27 (p=0.30) (F)
	Logement seul	NA (F)	5.86 (p=0.12) (chi2)	NA (F)
	Logé au sein de sa famille	0.38 (p=0.56) (F)	5.29 (p=0.15) (chi2)	0.62 (p=0.66) (F)
	Autres (foyers d'hébergement, foyer de vie, etc.)	0.90 (p=1.00) (F)	6.30 (p=0.10) (chi2)	0.42 (p=0.40) (F)
Facteurs psychosociaux et insertion scolaires				
	Mesure de placement	1.06 (p=1.00) (F)	3.55 (p=0.31) (chi2)	0.43 (p=0.62) (F)
	Redoublement	NA (F)	5.71 (p=0.13) (chi2)	3.15 (p=0.22) (F)
	Structures d'éducation spécialisée : ITEP, IME, IMPRO	0.19 (p=0.32) (F)	11.98 (p=0.007**) (chi2)	0 (p=0.11) (F)
	Harcèlement scolaire	1.71 (p=1.00) (F)	4.82 (p=0.19) (chi2)	0.38 (p=0.37) (F)
	Age de début des difficultés scolaires (Moyenne)	0.14 (p=0.44) (K)	0.14 (p=0.44) (K)	0(p=1.00) (K)
	Délits avant 18 ans	0.37 (p=0.45) (F)	2.79 (p=0.42) (chi2)	1.07 (p=1.00) (F)
	Délits en tant qu'adulte	0.29 (p=0.27) (F)	4.20 (p=0.24) (chi2)	1.09 (p=1.00) (F)
	Prison	0.37 (p=0.45) (F)	2.80 (p=0.42) (chi2)	1.07 (p=1.00) (F)
	Dernier diplôme obtenu	12.39 (p=0.26) (chi2)	30.91 (p=0.42) (chi2)	10.3 (p=0.41)
Caractéristiques cliniques				
	Tentative de suicide	0.26 (p=0.32) (F)	3.30 (p=0.35) (chi2)	0.42 (p=0.40) (F)
	Symptômes psychotiques dans les 6 derniers mois	0.74 (p=1.00) (F)	3.50 (p=0.32) (chi2)	1.43 (p=1.00) (F)
	Symptômes dépressifs dans les 6 derniers mois	0.21 (p=0.28) (F)	4.01 (p=0.26) (chi2)	0.14 (p=0.04*) (F)
	Durée d'évolution du trouble principal (années)	-0.08 (p=0.64) (K)	-0.08 (p=0.64) (K)	-0.14 (p=0.37) (K)
	Trouble de l'usage de l'alcool actuel et sévère	5.40 (p=0.07) (chi2)	13.76 (p=0.03*) (chi2)	2.06 (p=0.36) (chi2)
	Tabac	0.50 (p=0.78) (chi2)	3.42 (p=0.75) (chi2)	1.58 (p=0.45) (chi2)

	Cannabis	0.74 (p=1.00) (F)	3.50 (p=0.32) (chi2)	1.43 (p=1.00) (F)
	Autres toxiques	2.01 (p=0.36) (chi2)	7.99 (p=0.24) (chi2)	0.83 (p=0.66) (chi2)
Sévérité et réponse aux traitements				
	Durée d'hospitalisation	-0.15 (p=0.35) (K)	-0.15 (p=0.35) (K)	-0.18 (p=0.25) (K)
	Score EGF à l'inclusion	-0.12 (p=0.45) (K)	-0.12 (p=0.45) (K)	-0.11 (p=0.50) (K)
	CGI-S	0.16 (p=0.37) (K)	0.16 (p=0.37) (K)	0.06 (p=0.73) (K)
	CGI-I	0.29 (p=0.11) (K)	0.29 (p=0.11) (K)	0.29 (p=0.11) (K)
	Antécédents d'hospitalisation en pédopsychiatrie	0.58 (p=1.00) (F)	1.82 (p=0.61) (chi2)	0.48 (p=0.59) (F)
	Antécédents d'hospitalisation en psychiatrie adulte	2.67 (p=0.45) (F)	0.59 (p=0.90) (chi2)	4.33 (p=0.27) (F)
	Hospitalisations non programmés 6 derniers mois	NA (F)	0.96 (p=.81) (chi2)	NA (F)
Histoire développementale et Antécédents somatiques				
	Antécédents psychiatriques familiaux	1.70 (p=1.00) (F)	1.49 (p=0.68) (chi2)	1.44 (p=1.00) (F)
	Surpoids/obésité	0.07 (p=0.04*) (F)	4.20 (p=0.24) (chi2)	0.43 (p=0.62) (F)
	Déficit intellectuel	1.07 (p=1.00) (F)	4.63 (p=0.20) (chi2)	1.09(p=1.00) (F)
	TSA	5.41 (p=0.07) (chi2)	3.97 (p=0.68) (chi2)	1.96 (p=0.37) (chi2)
	Durée du parcours de soins psychiatriques (de la 1ère prise en charge à l'inclusion, en années)	-0.07 (p=0.66) (K)	-0.07 (p=0.65) (K)	-0.10 (p=0.51) (K)
	Age lors de la 1ère prise en charge psychiatrique (en années)	-0.03 (p=0.82) (K)	-0.04 (p=82) (K)	-0.15 (p=0.34) (K)
Troubles psychiatriques				
	Schizophrénie	0.99 (p=0.61) (chi2)	5.8 (p=0.44) (chi2)	2.51 (p=0.28) (chi2)
	Episode dépressif majeur	1.09 (p=1.00) (F)	3.55 (p=0.31) (chi2)	0.43 (p=0.62) (F)
	TSPT	0.37 (p=0.45) (F)	11.98 (p=0.007**) (chi2)	0 (p=0.11) (F)
	Anxiété généralisé	0.48 (p=0.59) (F)	2.98 (p=0.40) (chi2)	0.16 (p=0.07) (F)
	Anxiété/phobie sociale	0.38 (p=056) (F)	0.96 (p=0.81) (chi2)	0.27 (p=0.18) (F)
	Trouble panique	0.001 (p=0.97) (chi2)	3.16 (p=0.37) (chi2)	0.35 (p=0.55) (chi2)

Note. Les tests de Fisher sont indiqués avec un (F), chi2 avec (chi2), et les corrélations de Kendall avec (K)

4. DISCUSSION

4.1. Comparaison des résultats de l'étude avec les données actuelles pour la population générale et les patients suivis en psychiatrie

Certains résultats n'ont pas été comparés, soit par manque de données ou de pertinence, étant donné que la mission de l'HDJ Daumezon est de prendre en charge des patients dont les troubles constituent une gêne majeure à leur vie sociale, à l'accès à un logement ou un lieu d'hébergement adapté, à la reprise d'une activité professionnelle adaptée à leur handicap pour ceux qui le peuvent et le souhaitent.

Les patients qui ont besoin d'une prise en charge en HDJ et pour qui ce type d'accompagnement n'est pas possible en raison de leur âge ou de la sévérité de leurs symptômes sont orientés vers une autre structure.

4.1.1 Caractéristiques socio-économiques

La population de l'HDJ est majoritairement masculine : 87% des patients sont des hommes. En France, environ 52% des patients hospitalisés en psychiatrie sont des hommes (Données du Rapport de l'ATIH -Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, 2020) (28) mais ils cumulent 60% des journées d'hospitalisation.

Cette forte prédominance masculine s'explique probablement en grande partie par le fait que les femmes ont généralement un meilleur fonctionnement social avant la 1ère décompensation que les hommes et que la maladie a un impact moindre sur leur intégration sociale.(29,30) Or, une des missions de l'HDJ est d'aider les patients à retrouver un meilleur fonctionnement social.

L'âge moyen des patients est de 33 ans ;

L'âge moyen des patients hospitalisés en psychiatrie est autour de 40 ans pour les hospitalisations à temps plein et de 37.7 ans pour les hospitalisations à temps partiel (DRESS - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques).(31) Les patients de l'HDJ sont plus jeunes que la moyenne des patients hospitalisés, ce qui est voulu car cet HDJ en particulier s'occupe notamment de la réinsertion professionnelle, les patients qui n'ont pas ce type de projet et/ou qui sont plus âgés sont généralement orientés vers une autre structure.

Tous les patients bénéficient de l'AAH, ce qui les classe d'emblée en termes de revenus à un statut socio-économique faible ; c'est le statut socio-économique de leurs parents qui a été retenu. 43% ont un statut socio-économique faible, 57% un statut moyen, tandis qu'en France environ 15% de la population vit sous le seuil de pauvreté (INSEE, 2021). (32)

La schizophrénie est un trouble psychiatrique qui est fortement associé à un niveau socio-économique faible en raison de la difficulté voire l'impossibilité pour de nombreux patients d'exercer un emploi, une étude a constaté un taux de pauvreté (patients vivant sous le seuil de pauvreté) de 81% (33) la population de l'HdJ a donc globalement une situation plus défavorable.

Moins de la moitié des patients a déjà eu une expérience professionnelle, que ce soit en milieu ordinaire (26%) ou en ESAT (22%), 52% n'ont jamais eu d'emploi, contre 12% des femmes et 6% des hommes dans la population générale (INSEE). (34)

Environ 50% des patients hospitalisés en psychiatrie ont eu une activité professionnelle, mais le taux de chômage et d'incapacité à travailler est élevé (Rapports de l'ATIH, 2018-2020)(28) et il est estimé que 80% des patients atteints de schizophrénie ne travaillent pas (collectif schizophrénies).(35)

Une minorité de patients (22%) vit dans un logement classique (logement seul dans le tableau 1, chiffre qui inclut le seul patient vivant en couple), 30% vit avec un membre de sa famille, et la majorité (48%) vit dans une structure d'hébergement collectif ou associatif (dans lesquels certains ont un studio et d'autres partagent une chambre avec une autre personne) tandis qu'en population générale en France 21% des personnes vivent seules et 66% en couple (soit 87% en additionnant les deux) (INSEE). (36) Les patients hospitalisés en psychiatrie, en particulier ceux souffrant de troubles psychotiques, ont notoirement plus de difficultés à vivre seuls dans des logements adéquats. Les données concernant leurs conditions de vie ne sont pas facilement accessibles et il y a de grandes disparités selon les territoires. En région parisienne, 15% des patients sont logés par un membre de leur famille, 4.6% vivent dans une structure médico-

sociale, sociale ou pénale, 53% vivent dans un logement qui leur est propre (location ou propriété).(37)

Seuls 3 patients ont actuellement une relation de couple (2 patients qui ont un ou une partenaire mais ne vivant pas sous le même toit.) Un seul patient a des enfants et n'a plus de contacts avec eux. C'est nettement moins que les chiffres pour la population générale et ne peut s'expliquer uniquement par le jeune âge de certains patients ; la moyenne d'âge des patients de l'HDJ est de 33 ans, il est estimé qu'environ 33% des hommes de cet âge (INED)(38) ont au moins un enfant et environ 66% vivent en couple (INSEE)(39).

Un quart des patients a commis des délits à l'âge adulte, le plus souvent en lien avec des violences (bagarres ou violences conjugales), des vols à l'étalage, ou la détention de produits stupéfiants.

Environ 1/8 des patients a commis des délits avant l'âge de 18 ans (13% de tous les patients, tous des hommes, soit 15% des patients masculins) et la même proportion a des antécédents d'incarcération. Il est difficile de trouver des données fiables sur la proportion de personnes, mineures ou adultes, qui ont commis des délits pour lesquels ils ont été arrêtés au moins une fois, de même pour le pourcentage de la population générale adulte qui a été incarcérée au moins une fois, quelle que soit la durée mais on peut supposer que les chiffres sont nettement moindres.

En 2020, la délinquance des mineurs traitée par les parquets a concerné 187 700 mineurs, soit 2,8 % de la population âgée de 10 à 17 ans au 1er janvier 2021. Parmi les garçons de 16-17 ans, ce taux est de 9,7 % (données du ministère de la Justice)(40).

La proportion de patients qui ont des antécédents judiciaires est donc supérieure à ce que l'on retrouve en population générale.

4.1.2. Facteurs psycho-sociaux et insertion scolaire

Un peu plus d'un quart des patients ont été placés dans leur enfance, 5 en famille d'accueil et un en foyer d'éducation fermée en raison d'actes de délinquance répétés. La proportion d'anciens mineurs placés représente 2 à 3% de la population générale (INJEP- institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire)(41), le taux d'anciens placés parmi les patients de l'HdJ est donc entre 8 et 13 fois supérieur.

La majorité des patients a connu des difficultés pendant la scolarité avec un peu plus de la moitié qui déclare avoir redoublé au moins une fois.

Les patients sans aucun diplôme représentent 30% de l'effectif ; en France, environ 19% des adultes âgés de 25 à 64 ans n'ont pas de diplôme (INSEE)(42)

Seuls 22% ont le baccalauréat tandis que la part de bacheliers pour les 25-44 ans était de 62% à 73% en 2019 (INSEE).(42)

Un tiers (34%) des patients rapporte avoir été victime de harcèlement scolaire ; la proportion de collégiens et lycéens déclarant avoir été victimes « souvent » ou « très souvent » de la part d'un ou plusieurs élèves de violences (de tout type, y compris psychologiques-insultes, rumeurs, etc.) est de respectivement 7 et 11% (Enquête harcèlement 2023, Ministère de l'Education nationale). (43)

Deux patients ont été en ITEP et/ou en IME, 4 patients sont allés en Ulis et/ou ont bénéficié de l'aide d'une AESH (1 patient a d'abord été aidé d'une AESH avant d'être orienté vers une IME) soit 22% des patients contre 4% des enfants actuellement (Ecole et handicap)(44)

4.1.3. Caractéristiques cliniques

Un peu moins de la moitié des patients de notre étude (48%) a fait au moins une tentative de suicide dans sa vie. Environ 7.2% de la population générale a fait une tentative de suicide au cours de sa vie (Enquête Baromètre Santé, 2017)(45) et selon les services jusqu'à 30% des patients hospitalisés en psychiatrie le sont dans un contexte de crise suicidaire (tout en pouvant être hospitalisés pour d'autres motifs)(46); la prévalence d'un antécédent de tentative de suicide chez les patients hospitalisés en psychiatrie actuellement en France n'est pas connue Ce résultat est cohérent avec les missions de l'HdJ qui prend en charge des patients qui ont des pathologies et des symptômes plus lourds que ceux de la moyenne des patients.

Les patients de l'HdJ ont des conduites addictives plus importantes que ce que l'on trouve dans la population générale :

- les fumeurs de tabacs représentent 61% des patients de notre étude tandis qu'en France 31% des adultes sont fumeurs réguliers (47). Les patients de notre étude fument donc deux fois plus que la population générale, ce qui est souvent observé dans les populations psychiatriques, qui ont un taux de tabagisme entre 2 et 5 fois celui de la population générale. Les patients de l'HdJ sont dans la moyenne basse par rapport aux patients hospitalisés en psychiatrie (60-90% des patients hospitalisés en psychiatrie sont des fumeurs). (48,49)

- la consommation régulière de cannabis concerne 43% des patients ; environ 11% des Français ont consommé du cannabis dans l'année précédente (50) La consommation de cannabis est donc nettement plus élevée chez ces patients, y compris par rapport aux chiffres pour la population psychiatrique (selon les études, environ 20-25% des patients hospitalisés en psychiatrie consomment ou ont consommé du cannabis récemment).(51-54)

- le trouble de l'usage de l'alcool, avec ou sans dépendance, concerne 17% des patients. Environ 10% de la population générale en France a une consommation excessive et quotidienne (55); une étude française sur des patients schizophrènes suivis en CMP a trouvé qu'entre 22 % et 25 % de ces patients ont une consommation d'alcool problématique ; parmi eux, 13 % sont dépendants à l'alcool et 11% en sont dépendants physiquement (51).

4.1.4. Histoire développementale et antécédents somatiques

Le surpoids ou l'obésité sont constatés chez 26% des patients, la plupart déclarent avoir pris du poids en raison de leurs traitements neuroleptiques ; « en France, en 2015, près d'un adulte sur deux est en surpoids, et presque un sur cinq - 17 % - est obèse »(56) ; ce chiffre, qui est relativement bas si l'on considère que près de 50% de la population française est en surpoids, s'explique probablement par l'âge encore jeune des patients.

Un déficit intellectuel léger diagnostiqué dans l'enfance est retrouvé chez 26% des patients ; d'après l'INSERM 1 à 2% de la population française a un déficit intellectuel léger.(57) Cette proportion de patients n'inclue pas ceux qui n'avaient pas de déficit intellectuel pendant l'enfance mais qui souffrent de troubles cognitifs en lien avec leur trouble psychiatrique.

Un patient (4%) a un diagnostic de TSA sans déficit intellectuel ; ce diagnostic est envisagé pour 3 patients (13%) qui n'ont pas encore pu bénéficier d'un bilan adéquat.

Selon l'HAS les troubles du neurodéveloppement touchent 5 % de la population ; les TSA seraient présents chez 1 % de population générale.(58)

4.2. Comparaisons de la prévalence des ACE avec la population générale et la population psychiatrique

Les patients de l'HDJ ont rapporté plus d'ACE que ce que l'on retrouve dans la population générale, en particulier en ce qui concerne le fait d'avoir subi le divorce ou la séparation de leurs parents (70% contre environ 25-30% dans la population générale)(59).

La proportion de patients ayant un score ACE ≥ 1 est également beaucoup plus élevée dans cet échantillon (91% contre 62-67% en population générale) mais la proportion de ceux qui ont un score ACE élevé (ACE ≥ 4) se situe est près de la limite supérieure de la prévalence rapportée en population générale (17% contre environ 12-16%).(7)

Si l'on compare les différents items de l'ACE et que l'on compare les scores des patients de l'HDJ avec ceux que l'on peut retrouver pour la population générale :

- Abus psychologique : 30% contre environ 10%(6)
- Abus physique : 22% contre environ 28%(6)
- Abus sexuel : 17% contre 13% des femmes et 5,5 % des hommes (INED - Institut national d'études démographiques)(60)
- Négligence émotionnelle : 30% contre autour de 15-20% (2,7)
- Négligence physique : 13% contre 1-15%.(6)
- Séparation parentale ou divorce : 70% contre environ 27% (59)
- Abus de substances chez un parent : 17% contre 10 à 20 % des enfants vivent avec un parent ayant un trouble de l'usage de l'alcool(61)
- Maladie mentale chez un parent (tous types de troubles psychiatriques confondus : 22% ; ce qui est dans la moyenne si l'on tient compte de la prévalence des troubles psychiatriques, notamment des troubles dépressifs, dans la population générale sur une vie entière (62)
- Exposition à des violences intrafamiliales : 4% contre 10-20% (6)
- Incarcération d'un parent : 9% (absence de données fiable pour la population française)

On constate que les patients de l'HdJ rapportent beaucoup plus d'abus psychologiques, d'abus physiques, d'abus sexuels, de négligences émotionnelles.

Ils se situent dans la moyenne haute pour les négligences physiques, les abus de substances chez l'un des deux parents (les chiffres pour la population générales sont les estimations pour

le trouble de l'usage de l'alcool chez l'un des deux parents, l'alcool est la substance qui est largement la plus utilisée dans les situations de dépendance, ce qui est également le cas chez les patients de notre échantillon), le fait d'avoir eu un parent incarcéré.

Ils rapportent étonnamment moins d'exposition à des violences intrafamiliales mais il est fort probable qu'elles soient sous-estimées par les patients eux-mêmes.

La prévalence globale des scores ACE des patients pour les différents items correspond globalement à ce que l'on connaît pour les patients psychiatriques.

La seule distinction a été retrouvée pour la proportion de patients de l'échantillon avec un score $ACE \geq 4$, 17% contre 30 à 60% dans les études faites sur des patients avec troubles psychiatriques.(17)

Autres évènements de vie difficile :

En France « être orphelin de père ou de mère avant l'âge de 20 ans concerne, en 2006, 11 % des adultes de 20 à 75 ans » (DRESS)(63)

Cette situation concerne 3 patients (13%) dont le père ou la mère est décédé(e) avant leur majorité, ce qui est légèrement au-dessus de la moyenne.

4.3. Interprétation des résultats

Les résultats de cette étude sont cohérents avec ce que l'on peut trouver dans les études disponibles sur les liens entre ACE et troubles psychiatriques et ce que l'on pouvait attendre pour un échantillon de patients suivis en HDJ psychiatrique.

Les quelques écarts retrouvés s'expliquent surtout en raison de l'âge des patients, qui ont en majorité moins de 40 ans, et par le biais de sélection, la vocation de l'HDJ étant d'offrir des soins aux patients qui nécessitent des soins à un rythme régulier et soutenu et pour qui de simples consultations ambulatoires ne suffiraient pas.

Les échelles d'évaluation cliniques globales (CGI) ont permis de constater une amélioration de l'état et du fonctionnement des patients depuis leur admission ; le fait qu'un seul patient ait nécessité d'être hospitalisé en psychiatrie de façon non programmée dans les mois précédant l'inclusion et l'amélioration globale des patients semble témoigner que l'HDJ remplit sa mission première qui est de permettre aux patients de mieux se rétablir, de stabiliser leur état et d'éviter les ré-hospitalisations.

Les résultats des échelles ACE et CTQ confirment que ces patients ont vécu plus d'évènements de vie négatifs que la population générale. Les premiers évènements de vie difficile ont eu lieu avant l'âge de 12ans pour la majorité des patients.

4.3.1. Scolarité et parcours professionnel

Les patients qui ont rapporté des difficultés scolaires avant le baccalauréat avaient en moyenne 10.25 ans quand ils ont commencé à se sentir en difficulté.

Ils sont dans l'ensemble peu ou pas diplômés, peu d'entre eux ont pu avoir une expérience professionnelle en milieu ordinaire et tous ont fini par arrêter leur activité professionnelle en raison de leurs symptômes, ce qui est révélateur de la sévérité de leurs pathologies.

Ils sont nombreux à avoir des troubles neurodéveloppementaux, en particulier des déficits intellectuels légers, quand on les compare à la population générale.

Les ACE ne sont pas la cause de ces troubles mais viennent ajouter des difficultés supplémentaires sur des terrains fragiles et aggraver les difficultés de départ.

Avoir vécu de nombreux événements de vie difficiles a un impact sur le niveau d'étude puis d'emploi et de rémunération(6,63) ; dans le cas de ces patients il est difficile de faire la part entre ce qui est dû à ces événements et ce qui est dû aux pathologies psychiatriques. Cependant, les études faites sur des échantillons importants ont permis de démontrer l'impact négatif des événements de vie difficile sur le développement social, intellectuel et professionnel.

4.3.2. ACE et situation clinique

En dépit du faible pouvoir statistique de cette étude, certains tests ont permis de démontrer l'association entre les événements de vie négatifs de ces patients et la prévalence de trouble de l'usage de l'alcool, de symptômes dépressifs et de TSPT, ce que les études ont déjà démontré dans la population générale.

Ils consomment plus de substances psychoactives, aussi bien par rapport à la population générale que par rapport aux patients hospitalisés en psychiatrie. Ils ont également plus souvent fait des tentatives de suicides et 43% ont rapporté des symptômes dépressifs dans les 6 mois précédents l'inclusion.

Des thérapies axées sur la gestion des émotions sont indispensables ; plusieurs activités de l'HDJ vont dans ce sens (relaxation, sophrologie, travail sur les émotions et leur reconnaissance) mais le besoin des patients sur ce point mériterait d'être réévalués afin d'adapter l'offre existante.

4.3.3. Limites de l'étude

Les limites de l'études sont principalement liées au faible échantillon et au fait qu'il s'agisse d'une population particulière même par rapport à l'ensemble des patients hospitalisés en psychiatrie, du fait de son âge et de la sévérité de ses pathologies.

D'autres limitations viennent du fait que les questionnaires ne sont pas exhaustifs, de nombreux événements de vie négatifs ne sont pas pris en considération (harcèlement scolaire, décès d'un parent, maladie autre que psychiatrique chez l'un de parents, etc.).

De plus, il y a des biais de déclaration, certains patients ne se souvenant pas ou ne voulant pas parler de certains événements traumatiques. La compréhension des questions est aussi un facteur limitant ; il ne s'agit pas uniquement d'un problème de traduction ou de formulation

mais également d'un problème de définition. Les patients demandaient régulièrement au cours des entretiens des explications sur le sens exact des questions, en particulier concernant les négligences et les abus émotionnels.

5. CONCLUSIONS

Les événements de vie négatifs sont très répandus dans la population générale et le sont d'autant plus chez les patients psychiatriques.

Les plus courants sont des négligences émotionnelles et leurs conséquences les plus courantes sont des troubles psychiatriques, en particulier des troubles dépressifs et anxieux.

Les troubles somatiques les plus souvent liés aux ACE sont les complications des comportements à risques, en particulier l'obésité et la consommation de toxiques (cancers, maladies pulmonaires chroniques, hépatites, diabète de type 2, etc.).

Il existe une relation dose-réponse entre l'exposition aux ACE et l'importance du risque de pathologies, qu'elles soient somatiques ou psychiatriques, c'est-à-dire que plus une personne a connu d'événements de vie négatifs, de catégories différentes, plus son risque de développer une pathologie est important, et plus la gravité de celle-ci augmente.

Ce type d'expérience dans l'enfance des patients devrait être systématiquement recherchée afin d'adapter les soins qui leur sont proposés.

La prise en charge des conséquences de ces événements devrait être axée sur la prise en charge des psychotraumas s'il y a des symptômes post-traumatiques, et sur la gestion des émotions négatives, afin de limiter le stress chronique et le recours à des conduites à risque dans un but d'apaisement.

L'accès à des psychothérapies étant limité tant par le nombre de personnes formées que par le coût que cela représente pour les patients, il serait sans doute judicieux de s'inspirer de ce qui est déjà en place dans les pays anglo-saxons, notamment les thérapies de groupe et les groupes de soutien par des pairs. L'intérêt des thérapies de groupe, qui ne remplacent pas une thérapie individuelle dans les cas les plus complexes mais serait dans ces cas un complément, n'est pas qu'économique. Ces thérapies permettent également de rompre le sentiment d'isolement des personnes concernées, de travailler des techniques de gestion émotionnelle et d'offrir un soutien par le biais des échanges entre les membres du groupe (sous la supervision d'une personne formée).

La prévention devrait se faire auprès des enfants, en leur enseignant des mécanismes de coping positifs, et en repérant les sujets à risque. La quasi-totalité des patients de l'HDJ ont connu des difficultés au cours de leur scolarité, bien avant l'apparition des symptômes psychiatriques les plus envahissants pour eux, un dépistage systématique des troubles mentaux et des antécédents d'événements de vie négatifs devrait être effectué chez les enfants concernés.

L'étude ACE a été une innovation en étant la première étude d'envergure sur les événements de vie négatifs et leur impact sur la santé tout au long de la vie.

Elle a mis à jour des informations essentielles mais elle a été critiquée car elle omet de nombreux événements de vie négatifs et qu'elle met sur le même plan des événements négatifs

très différents, peu importent leurs sévérités. Le questionnaire ACE n'a pas pour vocation d'être un outil diagnostique, c'est avant tout un outil de repérage et de recherche épidémiologique.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a développé l'ACE-IQ (Adverse Childhood Experiences International Questionnaire)(5,64) pour élargir la portée des ACE à des contextes internationaux. Cette version inclut des événements supplémentaires qui reflètent les réalités de sociétés diverses, comme les expériences de violence communautaire (guerres, violences dans le quartier), la discrimination (avoir subi des actes discriminatoires basés sur l'origine ethnique, le sexe, ou la religion), la perte d'un parent (décès d'un parent ou tuteur durant l'enfance), les violences scolaires (intimidation, harcèlement ou violence physique subis à l'école). Les questions sur les abus sexuels ont été augmentées et la notion de différence d'âge entre victime et agresseur a disparu, ce qui permet de tenir compte des violences sexuelles commises par des pairs ou des membres de la fratrie d'âge proche.

Une version française n'a été proposée qu'en octobre 2023.

Il serait pertinent de faire des études à l'aide de ce nouveau questionnaire, et aussi de le rendre systématique dans certaines situations, lors d'une première hospitalisation en psychiatrie par exemple.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Kalmakis KA, Chandler GE. Adverse childhood experiences: towards a clear conceptual meaning. *J Adv Nurs*. juill 2014;70(7):1489-501.
2. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*. 1 mai 1998;14(4):245-58.
3. HuffPost [Internet]. 2012 [cité 19 sept 2024]. The Adverse Childhood Experiences Study - the Largest Public Health Study You Never Heard Of. Disponible sur: https://www.huffpost.com/entry/the-adverse-childhood-exp_1_b_1943647
4. Felitti VJ. The Relationship of Adverse Childhood Experiences to Adult Health:
5. Camille, Louise T, Christine R, Elise E, Charles MK, Marion T, Cyril T. Psychometric validation of the French version of the adverse childhood experiences international questionnaire (ACE-IQ). *Child Youth Serv Rev*. juill 2023;150:107007.
6. Benarous X, Consoli A, Raffin M, Cohen D. Abus, maltraitance et négligence : (1) épidémiologie et retentissements psychiques, somatiques et sociaux. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. sept 2014;62(5):299-312.
7. Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, Walker JD, Whitfield Ch, Perry BD, et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. avr 2006;256(3):174-86.
8. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D, Butchart A, Mikton C, et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. août 2017;2(8):e356-66.
9. Haddad S, Martin-Marchand L, Lafaysse M, Saurel-Cubizolles MJ. Repeat induced abortion and adverse childhood experiences in Aquitaine, France: a cross-sectional survey. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2 janv 2021;26(1):29-35.
10. Burke NJ, Hellman JL, Scott BG, Weems CF, Carrion VG. The impact of adverse childhood experiences on an urban pediatric population. *Child Abuse Negl*. juin 2011;35(6):408-13.
11. Day J, Curry A. Educational Attainment in the United States: March 1997.
12. Nelson J, Klumparendt A, Doebler P, Ehring T. Childhood maltreatment and characteristics of adult depression: Meta-analysis. *Br J Psychiatry*. févr 2017;210(2):96-104.
13. Tabb LP, Rich JA, Waite D, Alberto C, Harris E, Gardner J, et al. Examining Associations between Adverse Childhood Experiences and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms among Young Survivors of Urban Violence. *J Urban Health Bull N Y Acad Med*. août 2022;99(4):669-79.

14. Schilling EA, Aseltine RH, Gore S. Adverse childhood experiences and mental health in young adults: a longitudinal survey. *BMC Public Health*. déc 2007;7(1):30.
15. Matheson SL, Shepherd AM, Pinchbeck RM, Laurens KR, Carr VJ. Childhood adversity in schizophrenia: a systematic meta-analysis. *Psychol Med*. févr 2013;43(2):225-38.
16. Vai B, Calesella F, Pelucchi A, Riberto M, Poletti S, Bechi M, et al. Adverse childhood experiences differently affect Theory of Mind brain networks in schizophrenia and healthy controls. *J Psychiatr Res*. avr 2024;172:81-9.
17. Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieveise R, Lataster T, Viechtbauer W, et al. Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies. *Schizophr Bull*. juill 2012;38(4):661-71.
18. Vallejos M, Cesoni OM, Farinola R, Bertone MS, Prokopez CR. Adverse Childhood Experiences among Men with Schizophrenia. *Psychiatr Q*. déc 2017;88(4):665-73.
19. Daruy-Filho L, Brietzke E, Lafer B, Grassi-Oliveira R. Childhood maltreatment and clinical outcomes of bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2011;124(6):427-34.
20. Carbone EA, Pugliese V, Bruni A, Aloï M, Calabrò G, Jaén-Moreno MJ, et al. Adverse childhood experiences and clinical severity in bipolar disorder and schizophrenia: A transdiagnostic two-step cluster analysis. *J Affect Disord*. déc 2019;259:104-11.
21. Felitti VJ, Jakstis K, Pepper V, Ray A. Obesity: Problem, Solution, or Both? *Perm J*. 2010;14(1):24-30.
22. Benarous X, Lahaye H, Pellerin H, Consoli A, Cohen D, Labelle R, et al. Hard-to-treat or hard-to-catch? Clinical features and therapeutic outcomes of help-seeking foster care youths with mood disorders. *Front Psychiatry*. 13 oct 2023;14:1211516.
23. Felitti VJ. The Relation Between Adverse Childhood Experiences and Adult Health: Turning Gold into Lead. *Perm J*. 2002;6(1):44-7.
24. National Statistics on Relapse Rates for Various Addictions - Addiction Group [Internet]. 2024 [cité 23 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.addictiongroup.org/resources/relapse-rates-statistics/>
25. Kabisa E, Biracyaza E, Habagusenga J d'Amour, Umubyeyi A. Determinants and prevalence of relapse among patients with substance use disorders: case of Icyizere Psychotherapeutic Centre. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 1 févr 2021;16(1):13.
26. ilan@fixweb.com. CléPsy. 2020 [cité 23 sept 2024]. Éducation positive : le programme triple P | CléPsy. Disponible sur: <https://www.clepsy.fr/education-positive-le-programme-triple-p/>
27. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl*. 1 févr 2003;27(2):169-90.
28. https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4482/202210_aah2021_psychiatrie.pdf [Internet]. [cité 5 oct 2024]. Disponible sur:

https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4482/202210_aah2021_psychiatrie.pdf

29. Morgan VA, Castle DJ, Jablensky AV. Do Women Express and Experience Psychosis Differently from Men? Epidemiological Evidence from the Australian National Study of Low Prevalence (Psychotic) Disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 1 janv 2008;42(1):74-82.
30. Grossman LS, Harrow M, Rosen C, Faull R, Strauss GP. Sex Differences in Schizophrenia and Other Psychotic Disorders: A 20-Year Longitudinal Study of Psychosis and Recovery. *Compr Psychiatry*. 2008;49(6):523-9.
31. 18-14.pdf [Internet]. [cité 27 sept 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/18-14.pdf>
32. L'essentiel sur... la pauvreté | Insee [Internet]. [cité 5 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5759045>
33. Maquin C. Disparités en matière de santé et statut socio-économique dans la schizophrénie: une étude nationale. 2020;
34. L'inactivité depuis cinquante ans : la présence d'enfants continue de faire la différence entre femmes et hommes – Femmes et hommes, l'égalité en question | Insee [Internet]. [cité 5 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6047795?sommaire=6047805>
35. Utilisateur S. Collectif Schizophrénies. [cité 27 sept 2024]. Données médico-économiques. Disponible sur: <https://www.collectif-schizophrenies.com/les-schizophrenies/donnees-medico-economiques>
36. Qui vit seul dans son logement ? Qui vit en couple ? - Insee Première - 1392 [Internet]. [cité 5 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281430>
37. Delahaye A. Quels logements pour le handicap psychique ? Conférence-débat organisée par l'Unafam Paris.
38. Ined - Institut national d'études démographiques [Internet]. [cité 5 oct 2024]. Les hommes ont des enfants plus tard que les femmes - Focus - Les mémos de la démo. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/hommes-ont-enfants-plus-tard/>
39. Part des hommes vivant en couple selon l'âge - France - TABLEAU DE BORD DE L'ÉCONOMIE FRANÇAISE [Internet]. [cité 5 oct 2024]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5367857/details/20_DEM/24_CFM/24D_Figure4
40. PARTIE-12_Annuaire_ministere-justice_2019_16x24_converted.pdf [Internet]. [cité 27 sept 2024]. Disponible sur: https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/2023-04/PARTIE-12_Annuaire_ministere-justice_2019_16x24_converted.pdf
41. INJEP [Internet]. [cité 27 sept 2024]. Passage à l'âge adulte des jeunes sortant de l'Aide sociale à l'enfance - INJEP - Isabelle Lacroix, chercheuse associée, INJEP. Disponible sur: <https://injep.fr/publication/passage-a-lage-adulte-des-jeunes-sortant-de-laide-sociale-a-lenfance/>

42. Niveau d'éducation de la population – France, portrait social | Insee [Internet]. [cité 27 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4797586?sommaire=4928952>
43. Ministère de l'Education Nationale [Internet]. [cité 27 sept 2024]. Premiers résultats statistiques de l'Enquête harcèlement 2023. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/premiers-resultats-statistiques-de-l-enquete-harcelement-2023-380517>
44. BALIGAND P. Les statistiques de l'Education nationale sont-elles complètes et sont-elles fiables ? [Internet]. Ecole et Handicap. 2020 [cité 27 sept 2024]. Disponible sur: <https://ecole-et-handicap.fr/statistiques-education-nationale/>
45. Léon C. BAROMÈTRE DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE 2017 : TENTATIVES DE SUICIDE ET PENSÉES SUICIDAIRES CHEZ LES 18-75 ANS / SANTÉ PUBLIQUE FRANCE HEALTH BAROMETER 2017: SUICIDAL ATTEMPTS AND SUICIDAL IDEATION AMONG THE 18-75 YEARS-OLD.
46. rapport_les_sucides_et_tentatives_de_suicide_de_patients_juillet_2022.pdf [Internet]. [cité 5 oct 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-09/rapport_les_sucides_et_tentatives_de_suicide_de_patients_juillet_2022.pdf
47. En 2022, la France compte toujours près de 12 millions de fumeurs quotidiens [Internet]. [cité 5 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2023/en-2022-la-france-compte-toujours-pres-de-12-millions-de-fumeurs-quotidiens>
48. Le tabac tue... Alors pourquoi la défume n'est pas une priorité en psychiatrie ? – Congrès Français de Psychiatrie [Internet]. [cité 5 oct 2024]. Disponible sur: <https://congresfrancaispsychiatrie.org/le-tabac-tue-alors-pourquoi-la-defume-nest-pas-une-priorite-en-psychiatrie/>
49. Eytan A, Keizer I, Etter M. Le tabagisme en psychiatrie. *Med Hyg.* 17 sept 2003;2450:1750-4.
50. Cannabis (résine, herbe, huile, CBD) - Synthèse des connaissances | OFDT [Internet]. [cité 5 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/cannabis-resine-herbe-huile-cbd-synthese-des-connaissances-1724>
51. Delignère AL, Archambault G, Chalvin F, Perquier F, Lejoyeux M. Schizophrénie et addictions : Étude exploratoire chez 106 patients suivis en consultation. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* mars 2020;178(3):226-32.
52. Lejoyeux M, Basquin A, Koch M, Embouazza H, Chalvin F, Ilongo M. Cannabis Use and Dependence among French Schizophrenic Inpatients. *Front Psychiatry* [Internet]. 15 juill 2014 [cité 25 sept 2024];5. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2014.00082/full>
53. Margolese HC, Malchy L, Negrete JC, Tempier R, Gill K. Drug and alcohol use among patients with schizophrenia and related psychoses: levels and consequences. *Schizophr Res.* avr 2004;67(2-3):157-66.

54. McGuckin T, Ferro MA, Hammond D, Stewart S, Maloney-Hall B, Madi N, et al. How High? Trends in Cannabis Use Prior to First Admission to Inpatient Psychiatry in Ontario, Canada, between 2007 and 2017. *Can J Psychiatry*. déc 2021;66(12):1059-68.
55. Consommation d'alcool en France : où en sont les Français ? [Internet]. [cité 5 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2020/consommation-d-alcool-en-france-ou-en-sont-les-francais>
56. Sénat [Internet]. 2023 [cité 27 sept 2024]. Surpoids et obésité, l'autre pandémie. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r21-744/r21-744.html>
57. La déficience intellectuelle : L'INSERM a révélé qu'en France, la déficience intellectuelle « légère et moyenne » pourrait concerner entre 10 et 20 pers [Internet]. [cité 27 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.actionetcompetence-alsace.com/fr/146004246415038-la-deficience-intellectuelle-l-inserm-a-revele-qu-en-france-la-deficience-intellectuelle-legere-et-moyenne-pourrait-concerner-entre-10-et-20-pers-.html>
58. La stratégie nationale autisme et troubles du neurodéveloppement (2018-2022) | handicap.gouv.fr [Internet]. 2021 [cité 27 sept 2024]. Disponible sur: <https://handicap.gouv.fr/la-strategie-nationale-autisme-et-troubles-du-neurodeveloppement-2018-2022>
59. En 2020, 12 % des enfants dont les parents sont séparés vivent en résidence alternée - Insee Première - 1841 [Internet]. [cité 5 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5227614>
60. Ined - Institut national d'études démographiques [Internet]. [cité 27 sept 2024]. Violences sexuelles durant l'enfance et l'adolescence : des agressions familiales dont on parle peu - Population et Sociétés - Ined éditions. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/violences-sexuelles-durant-l-enfance-et-l-adolescence/>
61. Michaud P. Les enfants de parents alcooliques. *Carnet PSY*. 2001;61(1):33-5.
62. Inserm [Internet]. [cité 6 oct 2024]. Dépression · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/depression/>
63. Perdre un parent pendant l'enfance : quels effets sur le parcours scolaire, professionnel, familial et sur la santé à l'âge adulte ?
64. Pace CS, Muzi S, Rogier G, Meinero LL, Marcenaro S. The Adverse Childhood Experiences – International Questionnaire (ACE-IQ) in community samples around the world: A systematic review (part I). *Child Abuse Negl*. juill 2022;129:105640.

7. ANNEXES

Annexe 1

ACE

Questionnaire américain sur les expériences négatives de l'enfance

Au cours des 17 premières années de votre vie et avant l'anniversaire de vos 18 ans :

1. Un parent ou un adulte à la maison vous a-t-il souvent ou très souvent...
dit des injures, insulté, rabaissé ou humilié?

Ou

agi d'une manière qui vous faisait craindre des blessures physiques?

Oui / Non Si Oui entrer 1

2. Un parent ou un adulte à la maison vous a-t-il souvent ou très souvent
poussé, empoigné, giflé ou jeté quelque chose sur vous?

Ou

frappé si fort que vous aviez des marques sur le corps ou que vous étiez blessé?

Oui / Non Si Oui entrer 1

3. Un adulte ou une personne d'au moins 5 ans de plus que vous, vous a-t-il
Touché ou caressé ou avez-vous touché leur corps de manière sexuelle ?

Ou

tenté ou a-t-il effectivement eu des rapports sexuels oraux, anaux ou vaginaux?

Oui / Non Si Oui entrer 1

4. Avez-vous ressenti souvent ou très souvent que

Personne de votre famille ne vous aimait ou pensait que vous étiez important ou spécial.

Ou

Votre famille ne faisait pas attention aux uns et aux autres, ne se sentait pas proche les uns des

autres ou n'apportait pas son soutien aux uns et aux autres?

Oui/ Non Si Oui entrer 1

5. Avez-vous souvent ou très souvent ressenti que...

Vous n'aviez pas assez à manger, que vous deviez porter des vêtements sales et que vous n'aviez

personne pour vous protéger

Ou

Vos parents étaient trop ivres ou drogués pour prendre soin de vous ou pour vous emmener chez

un médecin si vous en aviez besoin?

Oui /Non Si Oui entrer 1

6.. Vos parents se sont-ils séparés ou ont-ils divorcé ?

Oui/Non Si Oui entrer 1

7. Est-il arrivé que votre mère ou votre belle-mère soit

Souvent ou très souvent poussée, empoignée, giflée ou envoyait-on contre elle quelque chose?

Ou

Parfois, souvent ou très souvent frappée du pied, mordue ou frappée du poing ou avec un objet

dur

Ou

frappée à plusieurs reprises pendant au moins plus de quelques minutes ou
menacée avec une

arme à feu ou un couteau?

Oui /Non Si Oui entrer 1

8. Avez-vous vécu avec quelqu'un qui avait un problème de boisson ou était
alcoolique ou était

toxicomane ?

Oui /Non Si Oui entrer 1

9. Un membre à la maison souffrait-il d'une dépression ou d'une maladie
mentale ou un membre de la maison a-t-il tenté de se suicider ?

Oui /Non Si Oui entrer 1

10. Un membre de la maison a-t-il été en prison ?

Oui/ Non Si Oui entrer 1

Maintenant additionnez vos réponses "Oui" : Voici le résultat de votre score
ACE _____

Annexe 2

1

«Childhood Trauma Questionnaire » Bernstein & Fink, 1998

Traduit par

Carl Lacharité, Renè e Desaulniers et Diane St-Laurent, GREDEF, UQTR, 2002

Les énoncés suivants concernent vos expériences vécues lors de votre enfance et de votre adolescence. Elles sont toutes de nature personnelle, intime, essayez d'y répondre le plus honnêtement possible. Pour chaque énoncé, cochez le choix de réponse qui décrit le mieux comment vous vous sentez. Si vous choisissez de changer votre réponse, mettre un X et encerclez votre nouveau choix.

Quand j'étais jeune :	Jamais vrai	Raremen t vrai	Quelque s fois vrai	Souvent vrai	Très souvent vrai
1. Je n'avais pas suffisamment à manger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Je savais qu'il y avait quelqu'un pour prendre soin de moi et me protéger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Des membres de ma famille me traitaient de « stupide », « paresseux(se) », « laid(e) » ou d'autres noms semblables.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mes parents étaient trop saouls ou trop « gelés » pour prendre soin de la famille.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Il y avait quelqu'un dans ma famille qui m'aidait à sentir que j'étais important ou spécial.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Je devais porter des vêtements sales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Je me sentais aimé(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Je pensais que mes parents souhaitaient que je ne sois jamais né(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. J'ai été frappé(e) tellement fort par un membre de la famille que j'ai dû voir un médecin ou aller à l'hôpital.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Il n'y avait rien que je voulais changer concernant ma famille.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Des membres de ma famille me frappaient si fort que cela laissait des bleus ou des marques.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. J'étais puni(e) avec une ceinture, une planche, une corde ou un autre objet dur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Les membres de ma famille prenaient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

soin les uns des autres.

- | | | | | | | |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14. | Des membres de ma famille me disaient des choses blessantes ou insultantes. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. | Je pense que j'étais abusé(e) physiquement. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. | J'avais une enfance parfaite. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. | J'étais frappé(e) ou battu(e) si fort que cela a été remarqué par une personne comme un professeur, un voisin ou un médecin. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. | Je sentais que quelqu'un dans la famille me haïssait. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. | Les membres de ma famille se sentaient proches les uns des autres. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. | Quelqu'un a tenté de me toucher de manière sexuelle ou a essayé de me forcer à le toucher ainsi. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. | Quelqu'un m'a menacé(e) de me faire mal ou de raconter des mensonges sur moi si je ne faisais pas d'activités sexuelles avec lui ou avec elle. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. | J'avais la meilleure famille du monde. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. | Quelqu'un a tenté de me faire faire ou de me faire regarder des activités sexuelles. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. | Quelqu'un m'a abusé(e) sexuellement. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. | Je crois que j'ai été abusé(e) psychologiquement. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. | Il y avait quelqu'un pour m'amener chez le médecin si j'en avais besoin. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. | Je crois que j'ai été abusé(e) sexuellement. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. | Ma famille était une source de courage et de soutien. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

CLINICAL GLOBAL IMPRESSION (CGI)

Sévérité de la maladie (Durant les six derniers mois).

- 0 . non évalué
- 1 . normal, pas du tout malade
- 2 . à la limite
- 3 . légèrement malade
- 4 . modérément malade
- 5 . manifestement malade
- 6 . gravement malade
- 7 . parmi les patients les plus malades

Amélioration Globale (depuis la Pré-Inclusion).

- 0 . Non évalué
- 1 . Très fortement amélioré
- 2 . Fortement amélioré
- 3 . Légèrement amélioré
- 4 . Pas de changement
- 5 . Légèrement aggravé
- 6 . Fortement aggravé
- 7 . Très fortement aggravé

CGI1 Score Sévérité / 7

CGI2: Score Amélioration / 7

Annexe 4

EGF

Cotation

Un score de 0 à 100 est attribué au patient en tenant compte uniquement du fonctionnement psychologique, social et professionnel actuel. Il ne faut pas inclure les altérations du fonctionnement causées par des limitations physiques ou environnementales.

Afin de rendre compte de l'éventuelle variabilité au jour le jour, la cotation de l'EGF est parfois opérationnalisée comme étant le niveau de fonctionnement le plus bas pour la semaine précédente.

En cas de comorbidité psychiatrique, incluant plusieurs scores EGF, c'est le score le plus bas qui doit être retenu.

91–100

Niveau supérieur de fonctionnement dans une grande variété d'activités. N'est jamais débordé par les problèmes rencontrés. Est recherché par autrui en raison de ses nombreuses qualités. Absence de symptômes.

81–90

Symptômes absents ou minimes (p. ex., anxiété légère avant un examen), fonctionnement satisfaisant dans tous les domaines, intéressé et impliqué dans une grande variété d'activités, socialement efficace, en général satisfait de la vie, pas plus de problèmes ou de préoccupations que les soucis de tous les jours (p. ex., conflit occasionnel avec des membres de la famille).

71–80

Si des symptômes sont présents, ils sont transitoires et il s'agit de réactions prévisibles à des facteurs de stress (p. ex., des difficultés de concentration après une dispute familiale) ; pas plus qu'une altération légère du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex., retard temporaire du travail scolaire).

61–70

Quelques symptômes légers (p. ex., humeur dépressive et insomnie légère) ou une certaine difficulté dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex., école buissonnière épisodique ou vol en famille) mais fonctionne assez bien de façon générale et entretient plusieurs relations interpersonnelles positives.

51–60

Symptômes d'intensité moyenne (p. ex., émoussement affectif, prolixité circonlocutoire, attaques de panique épisodiques) ou difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex., peu d'amis, conflits avec les camarades de classe ou les collègues de travail)..

41–50

Symptômes importants (p. ex., idéation suicidaire, rituels obsessionnels sévères, vols répétés dans les grands magasins) ou altération importante du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex. absence d'amis, incapacité à garder un emploi).

31–40

Existence d'une certaine altération du sens de la réalité ou de la communication (p. ex., discours par moments illogique, obscur ou inadapté) ou déficience majeure dans plusieurs domaines, p. ex., le travail, l'école, les relations familiales, le jugement, la pensée ou l'humeur (p. ex., un homme déprimé évite ses amis, néglige sa famille et est incapable de travailler ; un enfant bat fréquemment des enfants plus jeunes que lui, se montre provocant à la maison et échoue à l'école).

21–30

Le comportement est notablement influencé par des idées délirantes ou des hallucinations ou troubles graves de la communication ou du jugement (p.ex., parfois incohérent, actes grossièrement inadaptés, préoccupation suicidaire) ou incapable de fonctionner dans presque tous les domaines (p. ex., reste au lit toute la journée, absence de travail, de foyer ou d'amis).

11–20

Existence d'un certain danger d'auto ou d'hétéro-agression (p. ex., tentative de suicide sans attente précise de la mort, violence fréquente, excitation maniaque) ou incapacité temporaire à maintenir une hygiène corporelle minimale (p. ex., se barbouille d'excréments) ou altération massive de la communication (p. ex., incohérence indiscutable ou mutisme).

1–10

Danger persistant d'auto ou d'hétéro-agression grave (p. ex., accès répétés de violence) ou incapacité durable à maintenir une hygiène corporelle minimale ou geste suicidaire avec attente précise de la mort.

0

Information inadéquate

Impact des Expériences Négatives de l'Enfance sur les Trajectoires Scolaires, Professionnelles et Cliniques en Psychiatrie Adulte, une étude sur les patients de l'hôpital de jour Daumezon.

Résumé :

Introduction

Les expériences négatives de l'enfance (Adverse Childhood events -ACE) sont des facteurs de risque reconnus pour le développement de troubles psychiatriques. Cette étude vise à examiner leur prévalence chez des patients adultes suivis en hôpital de jour psychiatrique et leurs trajectoires scolaires, professionnelles, et cliniques.

Matériel et méthodes

Une étude rétrospective a été menée auprès de 23 patients hospitalisés dans un hôpital de jour. Les données ont été recueillies à l'aide des questionnaires ACE et CTQ, ainsi que d'évaluations cliniques (CGI et EGF). Les corrélations entre ACE et les variables sociodémographiques et cliniques ont été analysées.

Résultats

91,3 % des patients ont rapporté au moins un ACE, avec 17,39 % ayant un score ACE ≥ 4 . Les patients présentant un score ACE élevé étaient plus souvent en surpoids et avaient des comorbidités psychiatriques plus sévères.

Discussion

Les résultats confirment une prévalence élevée des ACE chez les patients suivis en psychiatrie, en lien avec une sévérité accrue des symptômes. Ces résultats soulignent l'importance de la prise en charge des traumatismes dans les soins psychiatriques.

Conclusion

Les ACE ont un impact significatif sur les trajectoires de vie et l'évolution clinique des patients en psychiatrie, justifiant un dépistage systématique pour adapter les soins.

Mots-clés : ACE ; Traumatismes dans l'enfance ; Psychiatrie adulte ; conduites à risque. Négligence émotionnelle. Abus sexuel. Causes les plus courantes de décès