



HAL
open science

**Collaboration entre pédopsychiatres et psychiatres
d'adultes pour une amélioration du relais de prise en
charge de l'adolescent en ambulatoire : étude
observationnelle des relais effectués dans les
Alpes-Maritimes et proposition de protocole**

Louis Lambelin

► **To cite this version:**

Louis Lambelin. Collaboration entre pédopsychiatres et psychiatres d'adultes pour une amélioration du relais de prise en charge de l'adolescent en ambulatoire : étude observationnelle des relais effectués dans les Alpes-Maritimes et proposition de protocole. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01695482

HAL Id: dumas-01695482

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01695482>

Submitted on 29 Jan 2018

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.

Faculté de Médecine

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

**COLLABORATION ENTRE PEDOPSYCHIATRES ET PSYCHIATRES D'ADULTES POUR UNE
AMELIORATION DU RELAIS DE PRISE EN CHARGE DE L'ADOLESCENT EN AMBULATOIRE**

Etude observationnelle des relais effectués dans les Alpes-Maritimes et Proposition de protocole

Présentée et soutenue publiquement le 7 décembre 2017 à Nice

Par

LAMBELIN Louis

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

JURY :

Présidente du Jury : Madame le Professeur Florence ASKENAZY

Assesseur : Monsieur le Professeur Michel BENOIT

Assesseur : Monsieur le Professeur Guy DAR COURT

Directrice : Madame le Docteur Marie-Line MENARD

Faculté de Médecine

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

**COLLABORATION ENTRE PEDOPSYCHIATRES ET PSYCHIATRES D'ADULTES POUR UNE
AMELIORATION DU RELAIS DE PRISE EN CHARGE DE L'ADOLESCENT EN AMBULATOIRE**

Etude observationnelle des relais effectués dans les Alpes-Maritimes et Proposition de protocole

Présentée et soutenue publiquement le 7 décembre 2017 à Nice

Par

LAMBELIN Louis

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

JURY :

Présidente du Jury : Madame le Professeur Florence ASKENAZY

Assesseur : Monsieur le Professeur Michel BENOIT

Assesseur : Monsieur le Professeur Guy DAR COURT

Directrice : Madame le Docteur Marie-Line MENARD

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Vice-Doyen

Assesseurs

Conservateur de la bibliothèque

Directrice administrative des services

Doyens Honoraires

M. BAQUÉ Patrick

M. BOILEAU Pascal

M. ESNAULT Vincent

M DELLAMONICA Jean

Mme BREUIL Véronique

M. MARTY Pierre

Mme AMSELLE Danièle

Mme CALLEA Isabelle

M. AYRAUD Noël

M. RAMPAL Patrick

M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc

M. BALAS Daniel

M. BATT Michel

M. BLAIVE Bruno

M. BOQUET Patrice

M. BOURGEON André

M. BOUTTÉ Patrick

M. BRUNETON Jean-Noël

Mme BUSSIERE Françoise

M. CAMOUS Jean-Pierre

M. CANIVET Bertrand

M. CASSUTO Jill-patrice

M. CHATEL Marcel

M. COUSSEMENT Alain

Mme CRENESSE Dominique

M. DAR COURT Guy

M. DELLAMONICA Pierre

M. DELMONT Jean

M. DEMARD François

M. DESNUELLE Claude

M. DOLISI Claude

M. FRANCO Alain

M. FREYCHET Pierre

M. GÉRARD Jean-Pierre

M. GILLET Jean-Yves

M. GRELLIER Patrick

M. GRIMAUD Dominique

M. HARTER Michel

M. INGLES AKIS Jean-André

M. JOURDAN Jacques

M. LALANNE Claude-Michel

M. LAMBERT Jean-Claude

M. LAZDUNSKI Michel

M. LEFEBVRE Jean-Claude

M. LE FICHOUX Yves

Mme LEBRETON Elisabeth

M. LOUBIERE Robert

M. MARIANI Roger

M. MASSEYEFF René

M. MATTEI Mathieu

M. MOUIEL Jean

Mme MYQUEL Martine

M. ORTONNE Jean-Paul

M. PRINGUEY Dominique

M. SAUTRON Jean Baptiste

M. SCHNEIDER Maurice

M. TOUBOL Jacques

M. TRAN Dinh Khiem

M VAN OBBERGHEN Emmanuel

M. ZIEGLER Gérard

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophthalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Physiologie- médecine vasculaire
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54.02)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
Mme	HURST Samia	Thérapeutique (48.04)
M.	PAPA Michel	Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale (53.03)
Mme	CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
M.	HOGU Nicolas	Médecine Générale (53.03)
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Madame le Professeur Florence ASKENAZY,

Vous m'avez fait l'honneur de présider mon jury.

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez témoigné à mon travail ainsi qu'au soutien apporté lors de sa présentation.

Veillez trouver l'assurance de la reconnaissance de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Michel BENOIT,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de participer à ce jury.

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez pu porter à mon travail et de l'aide que vous avez pu m'apporter pour l'améliorer au travers de vos réflexions.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde admiration.

Monsieur le Professeur Guy DAR COURT,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Je vous remercie d'avoir accepté de porter votre regard sur ce travail, bien que je vous ai sollicité tardivement, ainsi que pour le savoir que vous m'avais prodigué au décours de vos séminaires qui m'ont permis d'entrevoir ma spécialité d'une autre manière.

Pour cela, je tenais à vous exprimer ma profonde considération.

Madame le Docteur Marie-Line MENARD,

Ces quelques remerciements sont peu comparés à toute l'aide que tu m'as apporté ces derniers mois dans ce travail. J'ai eu la chance de faire ta connaissance au décours du début de mon internat et ai été touché par ta bienveillance et ta gentillesse, en plus de tes qualités de clinicienne. Les six mois passés en ta compagnie au sein du CPJA et de l'unité mobile m'ont permis de mieux aborder les adolescents et la problématique du relais de soins.

Lorsque je t'ai parlé de ce projet, tu as accepté d'être ma directrice de thèse, m'a inclus dans le groupe de réflexion sur la collaboration entre équipes de pédopsychiatrie et de psychiatrie d'adultes et m'a accompagné tout au long de ce travail, faisant preuve d'une patience hors normes.

Sans tes réflexions, tes relectures, le temps que tu m'as consacré, malgré un emploi du temps chargé, et ton soutien indéfectible, me remotivant lorsque j'en avais besoin, ce travail n'aurait pu voir le jour, et pour tout cela je te remercie.

Remerciements

A mes parents, qui malgré la distance, me soutiennent toujours. Vous m'avez permis de me consacrer pleinement à mes études, au dépend des sacrifices que vous avez dû réaliser. Je vous remercie des valeurs que vous m'avez inculqué depuis mon plus jeune âge, qui m'ont aidé dans la plupart des choix difficiles rencontrés au cours de ma vie et qui m'ont permis d'arriver où je suis.

A mes frères, Paul et Simon, merci de m'avoir accompagné durant ces études et ce travail de thèse. Je suis ravi que nous puissions nous voir plus fréquemment et de pouvoir échanger aussi facilement, alors qu'enfance et adolescence n'ont pas été de tout repos pour nos parents. A Manon, ma belle-sœur, merci pour ton soutien et ta gentillesse.

A Papi et Bonne Maman, vous nous avez quitté tous les deux trop tôt et nous manquez chaque jour, je vous remercie pour toute la sagesse que vous avez pu m'apporter, et sais que vous veillez sur moi et l'ensemble de notre famille de là où vous êtes.

A Bon Papa, tu as traversé une dure épreuve ces derniers mois et j'espère que le temps pourra apaiser ta souffrance, je te remercie pour ta gentillesse, ton dévouement et tes conseils avisés.

A Mami, merci pour ta bienveillance et les échanges que nous avons pu avoir tout au long de mes études et qui m'ont permis de garder le cap, je suis ravi que tu ais pris la décision, bien que difficile, de te rapprocher géographiquement des parents.

A mon parrain, merci pour le temps que tu m'as consacré toutes ces années, ce depuis ma naissance et pour les longues discussions que nous avons pu avoir.

A mes deux co-internes de promo et amis, Loris et Ludwig, vous m'avez aidé à traverser ces quatre années d'internat qui auraient été bien mornes sans vous. Bien que vous soyez tous deux rangés, je savoure chaque instant où l'on arrive à se retrouver et écoute d'une oreille avisée vos conseils, même si je ne les suis pas toujours. Merci Loris, pour l'aide que tu m'as apporté dans la dernière ligne droite de ce travail. Ludwig ... maintenant, c'est à ton tour d'y passer, mais je ne doute pas que tu y arriveras avec brio.

A Laura et Géraldine, cela ne fait qu'un an que l'on se connaît, mais j'ai apprécié tous les moments que nous avons partagés et qui m'ont servi d'échappatoires lorsque je me tourmentais trop par rapport à la thèse. Vous m'avez accompagné dans certains moments difficiles et vous en remercie.

A François et Anthony, nous avons débuté les études de médecine ensemble et j'ai beaucoup apprécié les échanges que nous avons pu avoir.

A Olivier et Mickael, rencontrés en deuxième année de médecine, bien que nous n'ayons plus de contact depuis plusieurs années, je vous remercie pour le temps passé ensemble sur les bancs de la faculté et en dehors, vous avez rythmé mes premières années.

A Laurie, Nicolas et Pauline, les amis que j'ai rencontré en fin d'externat, bien que nous nous voyions peu fréquemment (du fait de ma propension parfois à me transformer en « Fantomas »), vous avez été un soutien pendant une partie de mes études et à l'écoute lorsque j'en avais besoin.

A Noémie, nous avons partagé un an et demi de vie commune et bien que nous nous soyons séparés, j'ai beaucoup apprécié les bons moments passés en ta compagnie et les échanges riches que nous pouvions avoir.

A François, rencontré sur les bancs de la maternelle et retrouvé il y a une dizaine d'années, ton audace est sans pareil, malgré certaines étapes difficiles de nos vies respectives, nous avons partagé d'excellents moments ensemble.

A Delphine, tu m'as accueilli lors de ma première garde d'interne, et pendant un an j'ai eu un immense plaisir à travailler avec toi. J'ai beaucoup appris à tes côtés et suis ravi des moments passés en ta compagnie et celle de Maxime.

A Frédéric, tu as été mon premier et dernier chef de service, merci pour tes conseils et l'aide que tu m'as octroyé ces derniers mois. J'ai beaucoup apprécié le travail que tu effectuais auprès des patients et de leurs familles et je tente de m'en rapprocher dans mes pratiques.

Aux différentes équipes soignantes que j'ai rencontrées lors de mes stages successifs, j'exprime toute ma reconnaissance.

Tout d'abord, sur St Maurice, où j'ai débuté et eu la chance de recevoir un très bon accueil, je remercie tout particulièrement Mr Bonato, le cadre de l'unité pour son dévouement auprès des patients et les discussions que nous avons pu avoir sur leur prise en charge.

Au CPJA et à l'unité mobile, ensuite où j'ai rencontré des équipes à l'écoute des adolescents et avec qui j'ai eu énormément de plaisir à échanger. C'est de ces rencontres qu'a pu émerger initialement ce projet d'amélioration des relais.

Puis au CMP Joffre, où j'ai pu avoir une prise en charge différente du patient et être sensibilisé aux effets secondaires des traitements, j'y ai adoré l'ambiance familiale qui y résonnait. Merci particulièrement au Dr Jean Yves Giordana pour son accueil et son soutien au décours de mon travail de thèse. Une pensée pour Laurent qui nous a quitté vers la fin du semestre, à qui je ne peux penser sans verser de larmes et que je remercie pour l'aide apportée lorsqu'une situation difficile se présentait.

En addictologie, outre l'équipe soignante envers laquelle je suis très reconnaissant pour leurs remarques pertinentes et leur soutien, j'ai eu la chance de bénéficier de plusieurs chefs de service avec qui j'ai adoré travailler et qui avaient chacun leur manière d'aborder les patients, le Dr Christian Carrere avec son abord philosophique, le Dr Jean Charles Ardisson avec ses métaphores et les discussions d'une grande sagesse que j'ai pu avoir avec lui et le Dr Karim Fenichel avec son approche scientifique, que j'ai pu retrouver ensuite dans un groupe de lecture avec Ambre et Delphine pendant une année.

J'ai eu, par la suite, le bonheur de travailler un an à Ste Lucie, où j'ai pu retrouver Delphine et avoir la chance de faire la connaissance d'une équipe où j'ai pu retrouver une excellente ambiance, avec qui je me réjouis d'avoir pu garder des liens et que je m'apprête prochainement à retrouver. Merci particulièrement à Sandrine pour son aide dans certaines situations sociales inextricables, à Céline pour sa patience vis-à-vis des comptes rendus en retard, à Sonia qui a pu m'être d'une grande ressource sur le versant organisationnel, à Suerda pour sa réflexion clinique, à Chantal pour son expérience professionnelle et à Julie pour son enthousiasme et sa joie de vivre.

A l'USPE, j'ai eu l'occasion de travailler avec le Dr Leali, dont la sagesse et la bienveillance a guidé mon semestre. Les entretiens d'enfants et de famille qu'elle menait, étaient dotés d'une grande finesse clinique, je lui suis très reconnaissant pour tout ce qu'elle nous a appris et son dévouement à son travail. Par ailleurs, les échanges avec l'équipe soignante étaient riches d'expérience. Une mention particulière à Céline qui m'a soutenu, même lorsque je n'étais pas encore dans son service, elle m'a été d'une immense aide dans mon travail de thèse, m'aidant pour les mises en forme et surtout s'occupant de me remettre dans le droit chemin quand je commençais à m'égarer.

Finalement, j'ai eu la possibilité de travailler sur St Damien et Ste Madeleine, deux unités consacrées à la psychiatrie du sujet âgé où les équipes, malgré les difficultés rencontrées au vu des multiples pathologies autres que psychiatriques présentées par les patients associées à une perte de leur autonomie, prêtaient particulièrement attention au bien être de ceux-ci. Un grand merci à Cathy, dont la présence m'était indispensable afin d'envisager les différents projets de vie et d'accompagner au mieux le patient dans ces démarches et à Marie Ange pour son aide dans les différentes planifications. J'en profite pour remercier ici également Lylia, Jane, Emmanuelle, Irena, Sabrina et Maguelone pour leur soutien durant mon travail de thèse et le Dr Orth pour m'avoir permis d'utiliser les locaux du pôle alors que mes fonctions d'interne étaient terminées.

Et puis un grand merci aux différents praticiens qui se sont livrés à cette enquête pour leur accueil et leur bienveillance ainsi qu'à tous ceux qui ne sont pas cités mais qui m'ont accompagné au décours de mon parcours...

TABLE DES MATIERES

I / INTRODUCTION	17
II / REVUE DE LA LITTERATURE : TRANSITION ENTRE LES SERVICES DE PEDOPSYCHIATRIE ET DE PSYCHIATRIE D'ADULTES.....	19
2.1 Données statistiques nationales	19
2.2 Les frontières entre l'adolescence et l'âge adulte	20
2.3 Définitions	22
2.4 Freins relevés et facteurs favorisant un relais optimal	24
2.5 Travaux français portant sur le relais des soins en psychiatrie.....	27
2.5.1 Travail de thèse nantais	27
2.5.2 Travail de thèse montpelliérain	28
2.6 Dispositifs mis en place dans certains pays.....	30
III / TRAVAIL DE RECHERCHE – ELABORATION D'UN QUESTIONNAIRE PORTANT SUR LES TRANSITIONS DEJA EFFECTUEES PAR LES PRATICIENS DES ALPES MARITIMES	31
3.1. Matériels et méthodes.....	32
3.2 Partie I du questionnaire : Le profil des praticiens.....	33
3.3 Partie II du questionnaire : L'état des lieux des transitions effectuées.....	34
3.3.1 Détails des questions remises aux pédopsychiatres	34
3.3.2 Détails des questions remises aux psychiatres d'adultes	36
3.4 Partie III du questionnaire : Pour un relais optimal.....	39
3.4.1 En amont du relais.....	39
3.4.2 La période conjointe de suivi	40
3.4.3 Le retour d'informations sur le suivi en secteur d'adultes	41

IV / RESULTATS DE L'ENQUETE	42
4.1 Partie I du questionnaire : Le profil des praticiens.....	42
4.2 Partie II du questionnaire : L'état des lieux des transitions effectuées.....	44
4.2.1 Devenir des jeunes adultes relevant d'un relais	44
4.2.2 Moment d'initiation du relais selon le pédopsychiatre	45
4.2.3 Contexte de la première consultation par le psychiatre d'adultes	46
4.2.4 Période de suivi conjoint	49
4.2.5 Continuité du suivi	51
4.2.6 Mesure de protection.....	52
4.2.7 Satisfaction générale des praticiens vis-à-vis des relais effectués	53
4.3 Partie III du questionnaire : Pour un relais optimal.....	54
4.3.1 En amont du relais thérapeutique	54
4.3.2 Période conjointe optimale de suivi	57
4.3.3 Retour d'informations sur le suivi en secteur d'adultes	58
V / DISCUSSION	61
5.1 Apport des questionnaires	61
5.2 Proposition d'outils pour améliorer le relais	64
5.2.1 Description de la fiche de projet de soins	64
5.2.2 Description du formulaire de retour sur le suivi psychiatrique en secteur adulte ...	68
5.2.3 Proposition de protocole pour un relais optimisé.....	69
VI / CONCLUSION	72
BIBLIOGRAPHIE	73
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	90

I / INTRODUCTION

Ce travail de thèse a muri sa réflexion au cours de deux semestres d'internat (d'avril 2014 à avril 2015) dans deux unités différentes.

L'une dédiée à l'adolescent (le Centre Psychodynamique de Jour pour Adolescents CPJA, unité de soins du Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent du Pr ASKENAZY) ; et l'autre en charge d'adultes (le CMP Joffre, rattaché au pôle territoire du centre hospitalier Sainte Marie de Nice dirigé par le Dr GIORDANA).

Au cours de ces deux stages, j'ai été interpellé par la question du passage vers le soin adulte, tant du côté du jeune adulte qui se situe dans des difficultés psychiques (de séparation, d'individuation, d'autonomisation), que du côté du soignant qui accompagne vers ou bien qui accueille le jeune adulte.

Au sein du CPJA, j'ai pu accompagner quelques adolescents vers les services de psychiatrie de l'adulte, me confrontant au vécu douloureux et anxiogène du jeune majeur et de sa famille face à ce changement ; ainsi qu'à la problématique d'articulation délicate entre les deux versants du soin psychiatrique du fait, parfois, d'une certaine méconnaissance des possibilités de soins (services, institutions), et des fonctionnements différents en fonction des équipes de psychiatrie adulte.

Au sein du CMP d'adultes, j'ai été amené à recevoir de jeunes majeurs dont la transition n'avait pu être préparée en raison du changement de lieu de vie, et pour lesquels j'ai rencontré quelques difficultés à obtenir des renseignements sur leur prise en charge antérieure par les services de pédopsychiatrie ce qui a eu des répercussions sur le plan relationnel (alliance thérapeutique) et sur le plan médical (méconnaissance des traitements antérieurs, de leurs tolérances, et des examens complémentaires réalisés).

Ce travail de thèse a l'opportunité de s'appuyer sur une réflexion déjà bien engagée. Il s'inscrit dans le cadre d'un désir d'amélioration de partenariat entre le Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA) du Pr F. ASKENAZY situé à l'hôpital Lentral (Hôpitaux pédiatriques de Nice – CHU Lentral) et les services adultes de psychiatrie de Nice, représentés par le Pr M. BENOIT (médecin chef du service de psychiatrie pour adultes au CHU Pasteur) et le Dr JY. GIORDANA (médecin chef du pôle territoire du Centre Hospitalier Sainte-Marie).

Depuis trois ans, des rencontres pluridisciplinaires semestrielles ont lieu dans cette optique au Centre Marina Picasso, situé 2 rue Raynardi, à Nice. Ce bâtiment accueille la Maison des Adolescents, le Carrefour Santé Jeune et le CPJA.

Ce travail a pour objectif d'apporter des outils d'amélioration à cette transition (fiche de projet de soins, fiche de retour d'informations) à partir de questionnaires soumis aux praticiens pédopsychiatres et psychiatres.

Notre travail sera composé de quatre parties :

Dans une première partie, à l'aide d'une revue de la littérature, nous aborderons les freins possibles à ce passage ainsi que les facteurs favorisant un relais optimal, avant d'évoquer les protocoles déjà mis en place dans certains pays.

Secondairement, nous décrirons les questionnaires élaborés et remis aux médecins des deux versants de la profession sur le département des Alpes Maritimes pour un état des lieux qui a permis la création d'une fiche de projet de soins.

Puis, nous présenterons les résultats détaillés de l'enquête réalisée auprès des praticiens.

Enfin, nous discuterons des biais rencontrés et nous confronterons les résultats à la revue de la littérature, avant d'émettre des propositions en vue d'améliorer ce passage, où l'enjeu est la continuité des soins et de l'accompagnement.

II / REVUE DE LA LITTÉRATURE : TRANSITION ENTRE LES SERVICES DE PEDOPSYCHIATRIE ET DE PSYCHIATRIE D'ADULTES

2.1 Données statistiques nationales

La tranche des 15 à 19 ans en France métropolitaine représente environ 4 millions de personnes, d'après les dernières données de l'INSEE, soit 6.1% de la population.⁷

L'enquête collective INSERM réalisée en 2003 estimait à environ 450 000, le nombre d'adolescents de 15 à 19 ans souffrant d'un trouble psychiatrique en France (tableau 1).⁸

Tableau 1 : Estimation du nombre d'adolescents de 15 à 19 ans souffrant d'un trouble mental en France

Troubles anxieux dont troubles obsessionnels compulsifs	238 062
Dépression	127 703
Hyperactivité	39 677
Schizophrénie et troubles bipolaires	19 839
Anorexie et boulimie	15 789
Autisme et autres troubles envahissants du développement	10 832

Ces troubles mentaux, aux manifestations parfois plus spectaculaires que chez l'adulte, sont souvent dotés d'un caractère réversible. Ainsi, il faut souligner que nombre de jeunes ayant connu des épisodes de troubles parfois très graves peuvent parvenir à une complète guérison et ne relèveront donc pas d'un passage de relais.

Le suivi des enfants et adolescents en psychiatrie est essentiellement le fait des Centres Médico-Psychologiques (CMP). 97 % des patients sont suivis en ambulatoire et ce pourcentage varie peu en fonction des régions ; le passage de relais vers le secteur adulte est donc souvent à l'initiative de ces structures.²

2.2 Les frontières entre l'adolescence et l'âge adulte

D'un point de vue étymologique, le terme « adolescence » dérive du verbe latin « *adolescere* », qui signifie « croître » ou « grandir vers ». Il s'agit donc d'un processus et non d'un état.

Le terme « adulte » quant à lui, vient du participe passé de ce même verbe « *adultus* », signifiant ainsi qui a cessé de croître.²⁶

La majorité légale ou civile en France est définie à 18 ans. C'est l'âge auquel un individu est juridiquement considéré comme civilement capable et responsable, c'est-à-dire essentiellement l'âge auquel il est capable de s'engager dans les liens d'un contrat ou d'un autre acte juridique (sauf exception). Avant cette date, l'individu est dit « mineur ».

L'adolescence correspond à une période de changement identitaire intense en raison de toutes les transformations corporelles, cognitives, sexuelles et sociales auxquelles le sujet est soumis.

SAWYER et al. décrivent, dans un article récent¹⁷, les différentes caractéristiques développementales universelles de l'adolescent et du jeune adulte, que nous reprenons ici :

Sur le plan du développement physique, la fin de l'adolescence est marquée par la fin de la croissance pubertaire.

Sur le plan du développement cognitif, elle s'identifie par le développement de :

- capacités à mener un raisonnement complet du début à la fin ;
- capacités de différer la gratification ;
- capacités d'introspection ;
- préoccupations augmentées pour l'avenir ;
- poursuite de l'intérêt pour le raisonnement intellectuel et sociétal.

Sur le plan du développement social et émotionnel, elle est caractérisée par :

- une affirmation plus marquée de l'identité, en particulier de l'identité sexuelle ;
- une amélioration de la stabilité émotionnelle ;
- une augmentation de la préoccupation pour les autres et leurs désirs ;
- une meilleure confiance en soi, une augmentation de l'indépendance ;
- des rapports avec les pairs restant importants ;
- un développement de relations duelles plus approfondies ;
- un regain d'intérêt pour les traditions et la culture.

Dans le cadre du soin, le passage à l'âge adulte est d'autant plus difficile à aborder que l'âge de fin de prise en charge varie selon les secteurs et les dispositifs dans lesquels le jeune s'inscrit, et que le processus de l'adolescence se trouve entravé par le trouble psychiatrique (dépendances affectives, troubles socio-communicatif, troubles cognitifs, etc.)

Bien que le rapport LAFORCADE¹⁰, dans ses préconisations, recommande de repousser la limite de l'âge de prise en charge en psychiatrie adulte à 18 ans et plus si besoin, et de mettre en place une phase de transition cohérente entre pédopsychiatrie et psychiatrie de l'adulte, la définition d'une limite supérieure au-delà de laquelle commence la psychiatrie adulte est difficile à tracer de manière objective.

D'un point de vue institutionnel, la barrière de 15 ans et 3 mois est souvent invoquée quant à la détermination du lieu de soin. Cette limite est tirée d'une circulaire interne de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. Elle n'a pas valeur de loi. Elle formalise uniquement la limite entre la pédiatrie et les services médicaux pour adulte. Il n'y est pas fait référence à l'adolescence ni à la psychiatrie.

Par contre, la circulaire ministérielle du 11 décembre 1992 maintient la tranche d'âge de 16 ans pour un soin possible en psychiatrie adulte : « *Le décret du 14 Mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique fixe à 16 ans la limite d'âge inférieure pour les personnes susceptibles de faire appel au secteur de psychiatrie générale* ». ⁵

En réalité, il existe des différences entre la pratique en vigueur dans les établissements hospitaliers et les services ambulatoires.

En milieu hospitalier, les patients après l'âge de 16 ans sont souvent pris en charge par les services adultes en raison d'une approche à caractère biologique selon laquelle la puberté est alors terminée et du fait de la population plus fragile présente dans les services.

En ambulatoire, les adolescents sont accueillis parfois jusqu'à l'âge de 20-25 ans dans des services spécialisés.

Ces différences dans les pratiques entraînent des difficultés et des lenteurs dans l'orientation des jeunes au sein des différents services, en particulier lorsqu'ils sont pris en charge pour la première fois lors d'un épisode de crise aiguë au cours duquel la rapidité et la pertinence de cette orientation sont cruciales pour favoriser l'atténuation des troubles voire la guérison.

2.3 Définitions

Plusieurs termes sont utilisés dans la pratique courante lorsqu'il est question d'aborder le processus conduisant à la prise en charge par le secteur adulte.^{24, 26, 28}

2.3.1 Le relais

Le plus souvent, le relais est bref, marque une transition entre 2 états, statut ou moment dans le temps. Le relais marque une frontière le plus souvent ténue, fugace et derrière son utilisation est sous-entendue cette brièveté. Le relais, utilisant la métaphore sportive, marque dans un même temps, un arrêt et un début et convient ainsi donc peu pour nommer ce dont nous traitons.

2.3.2 Le passage

Le passage peut avoir un caractère obligatoire. Lorsqu'il est temporel, il n'est pas immédiat, mais a une durée plus ou moins longue. Lorsqu'il est spatial, il n'est pas frontière, mais une zone frontière de taille variable. Entre son avant et son après, il marque un temps ou un espace qui le concrétise. En cela, il semble plus à même de décrire le moment institutionnel sur lequel nous travaillons.

2.3.3 La transition

La transition désigne le passage d'un état à un autre ou d'un âge à un autre. « Sans transition » signifie souvent brusquement, brutalement.

En psychanalyse, Winnicott évoque l'objet transitionnel « pour désigner un objet matériel qui a valeur élective pour le nourrisson et le jeune enfant, notamment au moment de l'endormissement ». Le recours à des objets de ce type est selon l'auteur, un « phénomène normal qui permet à l'enfant d'effectuer la transition entre la première relation orale à la mère et la véritable relation d'objet ». ²⁵

Cet objet est décrit comme le premier objet du monde extérieur, tout en appartenant aussi au monde interne de l'enfant. C'est en cela qu'il est transitionnel puisqu'il est à la frontière entre l'objectif et le subjectif. Cette notion sera reprise ensuite par d'autres auteurs qui l'étendront pour parler d'aires transitionnelles qui sont ces espaces psychiques n'appartenant ni à la réalité interne ni à la réalité externe.

Il apparaît difficile d'utiliser la même expression pour évoquer un processus institutionnel, administratif et un moment charnière de la vie d'un individu.

Aussi, pour parler du processus institutionnel, nous utiliserons préférentiellement l'expression passage de relais. Lorsque nous évoquerons ce même processus de la place des patients et de leur vécu, nous parlerons de transition.

2.4 Freins relevés et facteurs favorisant un relais optimal

De plus en plus d'études s'intéressent, ces dernières années, aux relais effectués entre les services de pédopsychiatrie et psychiatrie adulte, problématique retrouvée de manière universelle.^{13, 15, 16, 20}

Nous nous intéresserons, plus particulièrement, aux éléments clefs du relais, aux facteurs prédictifs de relais effectif, et aux marqueurs de relais optimal, avant d'évoquer les freins pouvant être retrouvés.

2.4.1 Eléments clefs du relais entre services de pédiatrie générale et services d'adultes

SURIS et al. décrivent dans un article comment, via la méthode de Delphes, ils sont arrivés à un consensus international sur les éléments clefs d'un bon relais des services de pédiatrie vers les services adultes.²³

Ainsi, ils recommandent de mettre le jeune au centre du processus afin de lui permettre d'accéder à une certaine autonomie. Ils insistent sur la prise en compte de ce qui est important pour le jeune, notamment concernant son projet de vie, afin de s'en approcher au mieux, ou de l'accompagner dans un travail de renoncement si celui-ci est inenvisageable au vu de ses capacités.

Les auteurs insistent, ensuite, sur le partage d'information, que cela soit entre les services venant à prendre en charge le patient, ou entre les équipes et le patient lui-même. Il est important qu'il sache dès le début de ce travail de relais, les différentes possibilités dont il peut disposer.

Enfin, ils expliquent qu'il faut accompagner le jeune patient et l'aider à s'engager vers le nouveau service (s'il a besoin de poursuivre les soins) en créant une relation de confiance avec des soignants référents.

Ces préconisations pour les services généraux de pédiatrie apparaissent d'autant plus nécessaires pour les jeunes pris en charge par les équipes de pédopsychiatrie.

2.4.2 Facteurs prédictifs de relais effectif

Dans une étude²¹, SINGH et al. identifient certains facteurs comme prédictifs de relais effectif vers la psychiatrie adulte, à savoir :

- avoir un trouble psychiatrique grave et durable ;
- être sous traitement médicamenteux au moment du relais ;
- avoir été reconnu comme à risque social ;
- avoir été admis en hospitalisation en pédopsychiatrie en psychiatrie adulte ou en pédiatrie pour des motifs psychiatriques

2.4.3 Marqueurs d'un relais optimal

Au décours de cette même étude²¹, puis repris dans d'autres travaux¹⁹, SINGH et al décrivent les marqueurs d'un relais optimal vers les services de psychiatrie. Apparaissent successivement selon un ordre chronologique :

- la continuité de l'information ;

Celle-ci peut être assurée par le recours à un dossier médical partagé ou à des courriers médicaux. L'idéal étant une informatisation des données, après accord du patient, qui permettrait ainsi une connaissance immédiate des informations médicales, sociales et administratives.

- l'organisation transfrontalière ;

Celle-ci peut être assurée par la planification d'une consultation de relais impliquant la présence d'un référent de chaque équipe, du patient et/ou du tuteur légal).

- La continuité relationnelle ;

Celle-ci est facilitée par une période transitoire de suivi conjoint avec un travail en parallèle des deux équipes prenant en charge le jeune adulte.

- la continuité du suivi au long cours ou l'arrêt planifié (selon évolution)

Singh évoque « une persistance du suivi d'au moins 3 mois » comme critère d'un relais optimal, après la fin du suivi par les équipes de pédopsychiatrie.

2.4.4 Freins retrouvés au bon déroulement d'une transition

On retrouve dans la littérature^{6, 9, 14, 22}, plusieurs facteurs limitant le bon déroulement du relais, qu'ils soient institutionnels, administratifs ou cliniques, nous les repreneons ici, à savoir :

- les facteurs institutionnels limitants

Comme cela a été évoqué en amont, la barrière de l'âge peut précipiter certains relais, notamment lors des épisodes aigus. Une certaine flexibilité est préconisée dans le rapport LAFORCADE, mais elle se confronte à la pratique du terrain rendu parfois difficile par l'absence de structure réellement spécialisée pour cette population.

On note également une philosophie différente du soin. Le fonctionnement de la psychiatrie adulte est tel qu'une intervention n'est envisagée que si la demande émane du patient ou s'il y a un danger pour lui-même ou pour autrui ; tandis que la pédopsychiatrie est souvent plus interventionniste.

De plus, les professionnels ressentent souvent un inconfort vis-à-vis de la transition. Ceci est souvent le fait d'une méconnaissance des pratiques des professionnels qui vont prendre en charge le patient ou de ceux qui l'adressent.

A cela, s'ajoute souvent le manque de coordination entre les équipes.

- les facteurs administratifs limitants

La coordination entre les services administratifs en charge du patient est parfois longue et de nouvelles démarches sont souvent nécessaires du fait du passage à la majorité.

- les facteurs cliniques limitants

La clinique reste souvent l'un des freins majeurs. Certains patients, du fait d'une immaturité psychique, n'arrivent pas à s'inscrire dans ce processus de transition lorsque le passage de relais est envisagé. Le soin est souvent perçu différemment par le jeune.

Il peut ainsi parfois émettre une vive résistance à ce changement, tout comme sa famille.

2.5 Travaux français portant sur le relais des soins en psychiatrie

Bien que la littérature nationale soit plutôt pauvre sur la question, nous avons pu relever dans nos recherches bibliographiques, deux travaux de thèses concernant la thématique du relais de soins en psychiatrie, dont nous nous permettons de citer les principaux résultats.

2.5.1 Travail de thèse nantais

Le Dr VOLKAERT, en 2010, a abordé la question de la transition des soins institutionnels pédopsychiatriques aux soins institutionnels psychiatriques adultes dans le cadre de réflexions issues de la situation en Loire Atlantique²⁴.

Au cours de son travail, ce médecin a effectué une enquête qualitative auprès des professionnels de santé impliqués dans les passages de relais entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie d'adulte.

17 professionnels ont été enregistrés au cours d'un entretien réalisé en trois phases, la première destinée à présenter le contexte de l'entretien, puis l'interlocuteur était interrogé sur son cadre d'exercice et son expérience des passages de relais, s'ensuivait une discussion ouverte.

Le Dr VOLKAERT soulignait l'importance des relations de confiance entre les professionnels et les institutions pour la réalisation optimale des passages de relais ; l'inquiétude que leur survenue signe une chronicisation des troubles ainsi que la fréquence du sentiment d'échec qui les accompagne.

Etaient également mise en avant la méconnaissance par les professionnels du fonctionnement des autres institutions et l'insatisfaction liée au passage de relais lors d'un moment de crise ou de décompensation avec les craintes que ces contextes impliquent.

Par ailleurs, il relevait le manque de prévisibilité et parfois d'anticipation de certains relais.

2.5.2 Travail de thèse montpelliérain

Le Dr SCHANDRIN a décrit, dans sa thèse soutenue en 2011, l'étude rétrospective transversale issue d'une évaluation des pratiques professionnelles intersectorielle et pluri-professionnelle à laquelle elle a participé¹⁸. Cette enquête portait sur l'ensemble des patients pris en charge dans les deux services de psychiatrie infanto-juvénile du CHU de Montpellier et pour lesquels une demande de relais vers les psychiatres adultes hospitaliers avait été faite de janvier 2008 à décembre 2009.

Des questionnaires étaient remis, pour chaque demande de relais, au pédopsychiatre et au psychiatre d'adulte qui avaient participé à ce dernier, chaque patient étant ainsi son propre témoin.

Les principales données de ces questionnaires concernaient :

- les motifs de demande de relais
- les modalités de demande de relais et les réponses à celle-ci
- les moyens d'évaluation des situations cliniques
- la restitution des informations aux patients, aux familles et aux partenaires
- l'évaluation quantitative et qualitative de communication et de travail conjoint
- les propositions d'accompagnement pour organiser le relais
- les délais de mise en œuvre d'un relais thérapeutique.

31 demandes d'organisation de relais ont ainsi été étudiées en ayant recours aux dossiers médicaux et à la mémoire des praticiens. Les praticiens interrogés concernaient 6 pédopsychiatres et 14 psychiatres d'adultes.

Reprenant les marqueurs de relais optimal définis par l'équipe du professeur SINGH, elle retrouvait parmi les trente et un relais effectués, l'ensemble des 4 critères dans 4 des relais (13.3%) et 3 des 4 critères dans cinq demandes de relais (16.1%).

Le Dr SCHANDRIN, dans la discussion de son travail, élabore plusieurs propositions pour améliorer la collaboration entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie d'adulte et pour favoriser la continuité du suivi de l'une à l'autre.

Elle développe l'idée de réunions trimestrielles destinées à favoriser les liens entre les deux versants de la profession se déroulant en trois temps, d'abord par la présentation d'un thème choisi au préalable, puis par l'exposition de patients posant des difficultés et enfin un temps permettant aux praticiens de s'adresser mutuellement des patients, dont les demandes de relais.

Elle propose la création d'une unité mobile des jeunes adultes et adolescents pour les patients entre 12 et 25 ans. Elle évoque par ailleurs la mise en place d'un carnet de suivi médico-psychologique, dont elle propose un prototype, remis au patient dès le début du suivi par le pédopsychiatre.

Dans un souci d'évaluation des pratiques et à la lumière des recommandations de la littérature, ce médecin propose également une fiche de suivi des relais qu'ils ont intégré à leur logiciel de travail.

2.6 Dispositifs mis en place dans certains pays

Nous relevons trois modèles de prise en charge concernant la problématique du relais de prise en charge du jeune adulte :

- la création de services ciblant la population des 12-25 ans
- la création d'équipes dédiées au relais
- la collaboration entre équipes de pédopsychiatrie et de psychiatrie d'adultes

Nous nous limiterons à la présentation de certaines initiatives dont le but est de réduire la part d'aggravation imputable à une délinquance du suivi psychiatrique, même de façon provisoire entre la fin de l'adolescence et le début de l'âge adulte.¹²

Concernant les services dédiés à cette période, nous citons, au Canada le Youth Transition Project dans l'Ontario^{3, 6} dédiés aux jeunes âgés de 16 à 25 ans ; et au Royaume-Uni, des pratiques similaires¹¹ telles que les cliniques Youthspace à Birmingham.

Concernant la création d'équipes dédiées au relais, bien que cela soit cité dans la littérature pour d'autres spécialités médicales, on ne relève pas de pareilles études dans le domaine de la santé mentale.

Création de services ou d'équipes dédiées posent le problème de coûts supplémentaires et aucun budget n'est alloué actuellement spécifiquement à cette problématique

Nous nous sommes donc surtout intéressés dans nos recherches aux travaux britanniques dont le système de santé apparaît similaire au nôtre et se basant sur la collaboration entre les équipes de pédopsychiatrie et de psychiatrie d'adultes.

L'étude anglaise TRACK²⁰ réalisée en avril 2005 s'était centrée sur les protocoles de relais mis en place au Royaume-Uni, en retrouvant au moins treize différents. Bien qu'ils aient peu varié en ce qui concerne les principes sous-jacents reposant sur les recommandations politiques, ces protocoles différaient sur les aspects pratiques de la transition, à savoir notamment les limites d'âge, les processus de planification et l'organisation du travail conjoint entre les équipes.

De plus, bien qu'ils aient souligné la nécessité de mettre le jeune adulte au centre de ce processus, ils ne précisaient pas la façon de le préparer à ce processus. Par ailleurs, cette étude mettait en avant le fait que certaines demandes de relais ne trouvaient pas d'accueil par les services de psychiatrie d'adultes.

III / TRAVAIL DE RECHERCHE – ELABORATION D’UN QUESTIONNAIRE PORTANT SUR LES TRANSITIONS DEJA EFFECTUEES PAR LES PRATICIENS DES ALPES MARITIMES

Depuis trois années, ont lieu de manière semestrielle des réunions d'échange entre professionnels de la pédopsychiatrie issus du Service Universitaire de Pédopsychiatrie Enfants et Ados (SUPEA) dépendants du CHU de Lenval, représentés par le Pr F. ASKENAZY et les services adultes de psychiatrie de Nice, représentés par le Pr M. BENOIT (médecin chef du service de psychiatrie pour adultes au CHU Pasteur) et le Dr JY. GIORDANA (médecin chef du pôle territoire du Centre Hospitalier Sainte-Marie) afin d'améliorer les relais effectués lors du passage de l'adolescent à sa majorité.

Ces échanges ont permis une meilleure connaissance des professionnels en passant par une compréhension du fonctionnement et du rôle de chacun ainsi que des moyens et des réseaux dont ils disposent.

Le travail de thèse, s'inscrivant dans ce partenariat niçois bien engagé.

Il a pour but :

(1) de mettre en évidence les limites à un bon relais de soins, en prenant avis auprès des praticiens

(2) d'élaborer certains outils facilement utilisables et adaptés en pratique courante pour cette période de relais.

Il est à souligner que si nous faisons le choix de partir du constat des praticiens impliqués dans la prise en charge des jeunes adultes, pour améliorer la continuité des soins ; certaines études, quant à elles, évaluent le retour d'expérience de l'adolescent entrant dans cette période de transition. Pour exemple, l'étude européenne multicentrique MILESTONE²⁷ dont l'objectif est d'évaluer par l'intermédiaire d'entretiens semi-dirigés le ressenti de ces adolescents en vue d'une amélioration des processus de relais et qui va débiter courant 2018.

3.1. Matériels et méthodes

A partir de la revue de la littérature et d'échanges préalables avec certains professionnels médicaux ou paramédicaux impliqués dans ces passages de relais, nous avons élaboré un questionnaire que nous avons soumis aux pédopsychiatres et aux psychiatres d'adultes des Alpes Maritimes au sujet de leur vécu des transitions effectuées au cours de leur exercice.

Cette enquête s'est limitée aux professionnels des secteurs i02 à i05 de pédopsychiatrie et des secteurs 4 à 13 de psychiatrie adulte, correspondant géographiquement au territoire allant d'Antibes à Menton.¹

Les praticiens ont été sollicités pour répondre à cette enquête entre avril et septembre 2017.

Les questionnaires sont en partie similaires pour les deux versants de la profession. Volontairement, les questions à choix ouvert ont été évitées afin de faciliter l'analyse des données.

Les questions à choix uniques et à choix multiples s'alternent dans cette enquête. La plupart des réponses données étaient qualitatives, seules quelques-unes sont quantitatives.

Pour certaines questions (âge, années d'exercice...), nous avons fait le choix de variables quantitatives continues pour une meilleure analyse et exploitation des résultats.

L'analyse statistique a été réalisée avec l'aide d'Excel 2016. Le test du χ^2 a été employé pour comparer les populations lorsqu'il s'avérait utile.

Les différentes parties qui composent ces questionnaires (consultables en annexes 1 et 2) sont présentées ci-dessous.

3.2 Partie I du questionnaire : Le profil des praticiens

Dans la première partie des formulaires, les questions se concentraient sur les caractéristiques du professionnel pouvant être impliqué dans ce relais de prise en charge, à savoir :

- son sexe ;

- la tranche d'âge dans laquelle il se situait ;

Les réponses proposées ont été fixées à « moins de 40 ans », « entre 40 et 49 ans », « entre 50 et 59 ans », « 60 ans et plus ».

- son lieu d'exercice ;

Plusieurs réponses étaient alors possibles du fait de la bi-appartenance de nombreux professionnels.

Les réponses proposées étaient « en CMP », « Dans une structure hospitalière (temps complet ou hôpital de jour) », « en libéral », « dans une structure médico-sociale ».

- le nombre d'années d'exercice dans le bassin de santé où il se trouvait ;

Les réponses proposées ont été fixées à « moins de 5 ans », « entre 5 et 10 ans », « entre 10 et 20 ans », « plus de 20 ans ».

- la proportion des 16-18 ans parmi les patients pris en charge actuellement par le professionnel.

Du fait d'une moindre proportion de ceux-ci dans la revue de la littérature ou au cours des échanges préalables, avait été proposés comme réponses « inférieure à 5% », « entre 5 et 15 % », « entre 15 et 30 % », « plus de 30% ».

A été rajouté, pour le **psychiatre suivant des adultes**

- le nombre de nouveaux patients de 16-18 ans pris en charge par le professionnel durant sa carrière.

Du fait de résultats attendus bas, d'après les différents échanges effectués avec les professionnels et la littérature, avait été proposé comme réponses « moins de 5 », « entre 5 et 15 », « entre 15 et 30 », « plus de 30 ».

3.3 Partie II du questionnaire : L'état des lieux des transitions effectuées

La seconde partie de l'enquête avait pour vocation principale d'évaluer la qualité des relais effectués au regard des marqueurs de relais optimal définis par l'équipe londonienne du Pr Singh²¹, à savoir :

- Une transmission d'informations
- Une consultation de relais
- Une période de soins parallèle
- Une continuité du suivi après le relais

La notion de mesure de protection a pu également être abordée à titre informatif.

Etait demandé à la fin de cette partie, la satisfaction générale des professionnels concernant les transitions effectuées durant leur carrière.

Certaines questions étaient spécifiques à l'un des versants de la profession :

Ainsi auprès des pédopsychiatres, certaines questions étaient axées sur l'orientation et le moment auquel il estimait que la transition devait s'effectuer.

Concernant les psychiatres d'adultes, c'est l'organisation de la première consultation et la continuité du suivi qui a été abordé plus spécifiquement.

3.3.1 Détails des questions remises aux pédopsychiatres

Les premières questions portaient sur l'orientation des 16 -18 ans, à savoir :

- la proportion des 16 – 18 ans adressés en CMP d'adultes ;

Du fait de résultats attendus bas, d'après les différents échanges effectués avec les professionnels et la littérature, avait été proposé comme réponses « moins de 5% », « entre 5 et 15% », « entre 15 et 30% », « Plus de 30% ».

- l'orientation principale des 16 – 18 ans relevant d'un relais.

Le praticien était libre de sélectionner plusieurs réponses.

En tâchant d'être exhaustif, les réponses proposées étaient « Au CMP d'adultes », « Au psychiatre libéral », « Au médecin d'une structure de soins », « Au médecin traitant », « Vous poursuivez le suivi (pour les pédopsychiatres libéraux)», « Aucun ».

Ensuite, était demandé aux pédopsychiatres, bien que cela soit patient – dépendant,

- le moment auquel il pensait que le relais devait s'effectuer.

Le choix des réponses est issu de la réflexion sur les frontières entre l'adolescence et l'âge adulte. Le praticien avait la liberté d'en sélectionner plusieurs, voire d'en proposer d'autres.

A été ainsi listé :

- l'âge du patient, en proposant alors au professionnel de définir celui qui lui apparaissait le plus approprié.
- l'état d'avancée du projet personnalisé de soins, en orientant sur la prise en charge future.
- le parcours de soins du patient, en s'appuyant alors sur la prise en charge antérieure.

La période de soins parallèle a été abordée au travers de deux questions, à savoir :

- la proportion de suivi conjoint ;

Le praticien était amené, via une échelle graduée en pourcentages, à fixer celui rencontré dans sa pratique.

- la durée moyenne du suivi conjoint.

Au décours des échanges préalables, il était rare de retrouver une période de suivi conjoint supérieure à 6 mois, ceci a orienté ainsi le choix des réponses pour « inférieure à 1 mois », « entre 1 et 3 mois », « entre 3 et 6 mois », « supérieur à 6 mois ».

Le praticien était ensuite interrogé sur :

- la réalisation éventuelle de la mesure de protection en amont du relais.

La réponse binaire choisie est critiquable, et il aurait pu être préférable de proposer au praticien, via une échelle graduée en pourcentages, de fixer lui-même sa pratique personnelle.

Enfin, il était demandé aux pédopsychiatres,

- leur satisfaction générale concernant les transitions effectuées durant leur carrière.

Il était proposé au praticien de choisir parmi un éventail de 5 réponses décroissantes de satisfaction, en lui laissant la liberté de ne pas se prononcer.

Les résultats de cette question permettaient ainsi de vérifier la pertinence d'un travail sur une amélioration des pratiques.

3.3.2 Détails des questions remises aux psychiatres d'adultes

Les premières questions portaient sur l'organisation de la première consultation, qu'elle soit du fait de la demande du pédopsychiatre ou motivée par d'autres raisons :

- le contexte dans lequel les jeunes adultes, ayant eu recours aux services de pédopsychiatrie, étaient reçus lors de la première consultation, par le psychiatre d'adulte ;

L'intérêt était surtout de quantifier le ratio de consultations faites à la « demande du pédopsychiatre », afin d'évaluer si des démarches de relais avaient été effectuées en amont, le biais étant les patients pour lesquels le suivi par un pédopsychiatre était ancien.

Plusieurs autres contextes de première consultation ont été envisagés : « demande du médecin traitant », « demande de la famille », demande du médecin de la structure médico-sociale », « demande du jeune stabilisé », « au cours d'une décompensation de la pathologie du jeune »

Il était demandé au praticien de donner un ratio pour chacune de ces propositions, via une échelle graduée en pourcentages.

- la proportion d'informations écrites lorsqu'ils sont adressés par un pédopsychiatre ;

Le praticien était amené, via une échelle graduée en pourcentages, à fixer celle rencontrée dans sa pratique.

- la satisfaction générale du praticien vis-à-vis de cette information écrite ;

Il était proposé au praticien de choisir parmi un éventail de 5 réponses décroissantes de satisfaction, en lui laissant la liberté de ne pas se prononcer.

L'intérêt de cette question était de vérifier la pertinence de la création d'un formulaire afin de favoriser la transmission d'informations sur le patient.

- la proportion d'accompagnement lors de la première consultation ;

Le praticien était amené, via une échelle graduée en pourcentages, à fixer celle rencontrée dans sa pratique.

- l'accompagnant principal.

Les accompagnants proposés étaient « la famille », « l'équipe soignante de pédopsychiatrie », « les partenaires sociaux ». Le praticien pouvait choisir plusieurs réponses.

Comme pour le pédopsychiatre, la période de soins parallèles a été abordée au travers de deux questions (cf. Détails des questions remises au pédopsychiatre), à savoir :

- la proportion de suivi conjoint ;
- la durée moyenne du suivi conjoint.

La mesure de protection a été abordée, elle, de deux manières, à savoir :

- le souhait que cette mesure de protection soit faite en amont de la transition ;

Une réponse binaire était proposée au praticien.

- la proportion de mesures de protection faites en amont.

Le praticien était amené à choisir entre plusieurs intervalles : « inférieure à 10% », « entre 10 et 30% », « entre 30 et 50% », « Supérieur à 50% ». Rétrospectivement, nous nous sommes aperçus que les résultats étaient inférieurs à ceux attendus, que donc les seuils proposés étaient trop hauts et qu'il aurait pu être intéressant de rajouter la proposition « Jamais ».

Afin d'évaluer la continuité du suivi, dernier marqueur d'un relais optimal, a été demandé au praticien :

- la proportion d'arrêts du suivi à 3 mois

Le choix des « 3 mois » est issu de la littérature. Le praticien était amené, via une échelle graduée en pourcentages, à fixer celle rencontrée dans sa pratique.

- Les raisons principales de cet arrêt du suivi

En tâchant d'être exhaustif, le praticien pouvait sélectionner plusieurs réponses parmi « perdus de vue », « prise en charge par un professionnel paramédical de la structure », « prise en charge en libéral », « patient ne nécessitant plus de suivi ». Il avait également la liberté de mettre une réponse que nous n'avions pas envisagée.

Finalement était demandé aux psychiatres d'adultes,

- leur satisfaction générale concernant les transitions effectuées durant leur carrière.
(cf. Détails des questions remises au pédopsychiatre)

3.4 Partie III du questionnaire : Pour un relais optimal

Dans cette dernière partie, commune aux deux versants de la profession, l'intérêt était double :

- Evaluer la motivation des professionnels à une amélioration des pratiques
- Permettre, via l'évaluation de la représentation d'une transition optimale par chacun des médecins concertés, la fabrication d'outils permettant de faciliter celle-ci.

Les questions ont été réparties en trois sous-parties, suivant une logique chronologique.

3.4.1 En amont du relais

Au cours des rencontres pluridisciplinaires engagées depuis ces trois dernières années, les professionnels ont souvent déploré le manque d'outils permettant de faciliter les relais effectués et notamment leur initiation.

Quatre paramètres ont été étudiés afin d'aborder cette problématique, à savoir :

- l'acceptation d'outils permettant de faciliter l'initiation du relais du jeune adulte ;

La réponse était binaire. L'intérêt de cette question était de confirmer la pertinence de la création d'une fiche de relais de prise en charge.

- les moyens privilégiés de contact permettant ce retour d'information ;

Différentes modalités ont été listées : « téléphone », « mail », « courrier », « fax », « réunions d'équipe ». Il était demandé au praticien de choisir un ou plusieurs moyens de prise de contact parmi cet éventail de réponse, tout en lui laissant la liberté d'en proposer d'autres qui n'auraient pas été envisagés. L'intérêt de cette question était de permettre de protocoliser, par la suite cette étape.

- les informations à faire figurer sur la demande de relais

L'intérêt de cette question était de définir le contenu du formulaire à créer concernant le projet de soins du jeune adulte.

- l'intérêt d'une transmission entre les différents professionnels

La réponse était binaire. Elle soulignait l'importance des professionnels paramédicaux (psychologues, assistantes sociales, infirmiers, etc.) intervenant dans la prise en charge du jeune adulte. Bien que notre thèse ait été traitée sur un abord médical de la problématique des transitions, avec in fine, l'élaboration de formulaires à remplir par le praticien ; il est envisageable par la suite de greffer sur le même mode des fiches à remplir par les membres paramédicaux de l'équipe soignante. L'intérêt de cette question était ainsi de confirmer la pertinence pour le praticien de cette démarche.

3.4.2 La période conjointe de suivi

Reprenant les questions posées sur la pratique des professionnels, il apparaissait intéressant, dans cette sous-partie, de réaborder cette problématique au travers de deux questions, à savoir :

- le souhait d'une période conjointe de suivi ;

La réponse était binaire. L'intérêt de cette question était de confirmer la pertinence de l'abord de cette problématique.

- La durée optimale de la période conjointe de suivi selon le praticien.

Bien que cela soit patient – dépendant, afin d'arriver, par la suite, à une protocolisation de cette étape qui soit relativement consensuelle, il était proposé au praticien de choisir entre plusieurs périodes : « inférieure à 1 mois », « entre 1 et 3 mois », « entre 3 et 6 mois », « supérieure à 6 mois », en lui laissant la possibilité de faire d'autres propositions.

Ces deux questions ont été cependant introduites dans l'étude, alors que celle-ci avait déjà débuté. Les praticiens précédemment interrogés ont alors été sollicités une seconde fois.

3.4.3 Le retour d'informations sur le suivi en secteur d'adultes

Les équipes de pédopsychiatrie rencontrées ont pu verbaliser, au cours des échanges préalables à ce travail, une certaine frustration devant l'absence d'informations sur certains jeunes majeurs qu'elles avaient accompagnés souvent sur plusieurs mois voire années avant que soit effectué ce relais sur les services de psychiatrie de l'adulte.

Il est apparu ainsi important d'aborder cette notion, d'autant plus que ce retour d'informations peut permettre au pédopsychiatre via une meilleure connaissance du devenir de son patient et une meilleure compréhension de ce qui pourra être proposé au jeune adulte, d'améliorer ses pratiques concernant les relais futurs des adolescents qu'il prend en charge.

Quatre paramètres ont été ainsi étudiés pour aborder ce retour d'informations, à savoir :

- le souhait du praticien de ce retour d'informations par le secteur adulte ;

La réponse était binaire. L'intérêt de cette question était de confirmer la pertinence de la création d'un formulaire sur la prise en charge par le secteur adulte à distance du relais.

- les moyens privilégiés de contact permettant ce retour d'information ;

Reprenant les items proposés pour la prise initiale de contact par le pédopsychiatre en amont du relais, il était demandé au praticien de choisir une ou plusieurs modalités de contact parmi ce même éventail de réponse, tout en lui laissant la liberté d'en proposer d'autres qui n'auraient pas été envisagées. L'intérêt de cette question était de permettre de protocoliser, par la suite cette étape.

- le moment le plus judicieux de ce retour d'informations ;

Bien que cela soit patient – dépendant, afin d'arriver à une protocolisation de cette étape qui soit relativement consensuelle, il était proposé au praticien de choisir entre plusieurs moments définis par rapport aux échanges préalables, à savoir « 3 mois », « 6 mois », « 12 mois » ou « 24 mois après le dernier rendez-vous avec le pédopsychiatre », en lui laissant la possibilité de sélectionner plusieurs réponses ou de faire d'autres propositions.

- les informations souhaitées concernant la prise en charge par le secteur adulte.

L'intérêt de cette question était de définir le contenu du formulaire à créer concernant le retour d'informations par le secteur de psychiatrie adulte.

IV / RESULTATS DE L'ENQUETE

Au total, 50 praticiens ont été interrogés sur leurs pratiques au sujet de cette période de transition, avec 25 pédopsychiatres et 25 psychiatres d'adultes.

Dans l'ensemble, l'enquête a été très bien accueillie par les praticiens qui se sont montrés concernés par la question du relais de soins pour les jeunes patients.

4.1 Partie I du questionnaire : Le profil des praticiens (tableau 2)

Les praticiens interrogés étaient en majorité des femmes avec une proportion de 80% retrouvée chez les pédopsychiatres et de 68% chez les psychiatres d'adultes.

Concernant l'expérience des professionnels, bien que cela soit non significatif, les psychiatres d'adultes interrogés étaient plus jeunes (avec une proportion de moins de 50 ans de 66% vs 52% chez les pédopsychiatres) et avaient moins d'expérience sur le bassin de santé actuel (avec une proportion d'expérience locale inférieure à 10 ans de 60% vs 52% chez les pédopsychiatres)

Concernant le lieu d'exercice des praticiens interrogés, les pédopsychiatres travaillaient pour 72% d'entre eux en CMP et pour 64% d'entre eux à l'hôpital. Une faible proportion travaillait en libéral (12%) ou dans une structure médico-sociale (8%).

Tandis que les psychiatres d'adultes interrogés travaillaient pour 80% d'entre eux en CMP et pour 28% d'entre eux dans une structure hospitalière. 12% d'entre eux avaient une activité libérale.

Cette différence concernant la proportion de médecins travaillant en milieu hospitalier peut s'expliquer par une prédominance de bi-appartenance chez les pédopsychiatres interrogés, 56% d'entre eux ayant donné plusieurs réponses contre 20% retrouvés chez les psychiatres d'adultes interrogés.

On relève une différence entre les deux versants de la profession concernant la proportion des 16-18 ans actuellement pris en charge par les praticiens interrogés.

Ainsi celles-ci étaient inférieures à 5%, pour 84% des psychiatres d'adultes interrogés contre 40% chez les pédopsychiatres.

On relevait une proportion de 16-18 ans allant de 5 à 30% pour 36% des pédopsychiatres contre 16% des psychiatres d'adultes.

Pour 24% des pédopsychiatres interrogés, cette proportion était supérieure à 30%.

On note un nombre de 16-18 ans pris en charge par les psychiatres de l'adulte interrogés relativement faible, 76% d'entre eux en ayant eu moins de 15 durant leur carrière.

Tableau 2 : Profil des praticiens interrogés

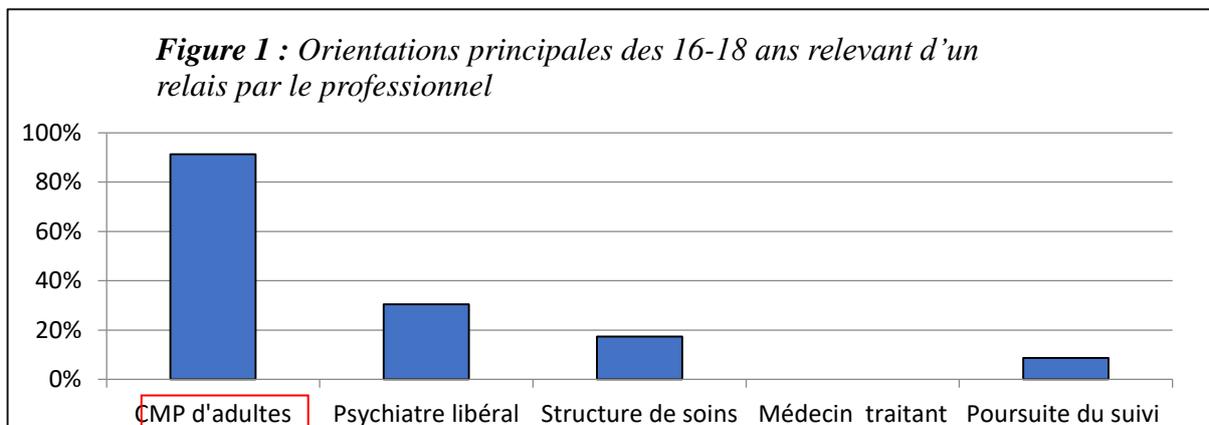
	Pédopsychiatres		Psychiatres d'adultes	
	nombre	pourcentage	nombre	pourcentage
SEXE				
Homme	5	20,0%	8	32,0%
Femme	20	80,0%	17	68,0%
ÂGE				
Moins de 40 ans	9	36,0%	13	52,0%
Entre 40 et 49 ans	4	16,0%	6	24,0%
Entre 50 et 59 ans	6	24,0%	2	8,0%
60 ans et plus	6	24,0%	4	16,0%
LIEU D'EXERCICE				
En CMP	18	72,0%	20	80,0%
Dans une structure hospitalière	16	64,0%	7	28,0%
En libéral	3	12,0%	3	12,0%
Dans une structure médico-sociale	2	8,0%	0	0,0%
EXPERIENCE LOCALE				
Moins de 5 ans	9	36,0%	11	44,0%
Entre 5 et 10 ans	4	16,0%	4	16,0%
Entre 10 et 20 ans	4	16,0%	4	16,0%
Plus de 20 ans	8	32,0%	6	24,0%
PROPORTION ACTUELLE 16 -18 ANS				
Inférieure à 5%	10	40,0%	21	84,0%
Entre 5 et 15 %	5	20,0%	3	12,0%
Entre 15 et 30 %	4	16,0%	1	4,0%
Plus de 30%	6	24,0%	0	0,0%
NOMBRE DE 16 -18 ANS				
Inférieure à 5			9	36,0%
Entre 5 et 15			10	40,0%
Entre 15 et 30			3	12,0%
Plus de 30			3	12,0%

4.2 Partie II du questionnaire : L'état des lieux des transitions effectuées

4.2.1 Devenir des jeunes adultes relevant d'un relais

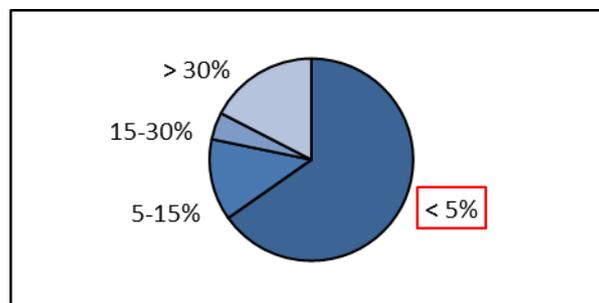
Les questions concernant cette section n'étaient pas applicables pour deux des pédopsychiatres interrogés car ils n'intervenaient pas directement dans le relais de prise en charge du jeune.

91,5% (21) des pédopsychiatres interrogés orientaient principalement leurs patients âgés de 16 à 18 ans vers les CMP d'adultes (figure 1).



Cependant, cette proportion restait inférieure à 5% pour 65,22% (15) des praticiens (figure 2). Elle était en revanche supérieure à 30% pour 17,39% (4) des praticiens.

Figure 2 : Proportion des 16-18 ans adressée en CMP d'adultes



Ce contraste peut s'expliquer par une fourchette d'âge trop réduite et par la difficulté de certaines structures à initier le relais avant la majorité du jeune du fait de craintes du praticien (méconnaissance des structures en aval), d'un manque de structures adéquates et de la problématique complexe du jeune adulte.

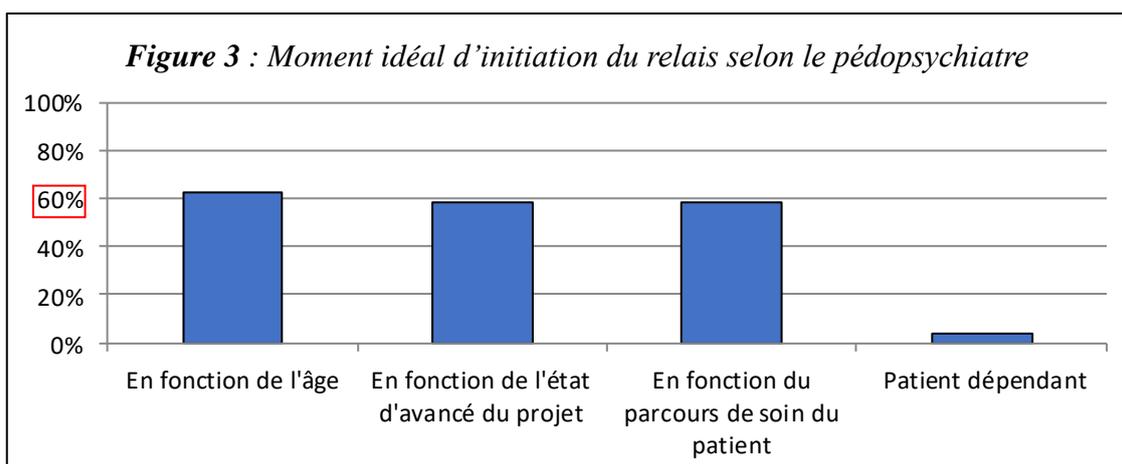
4.2.2 Moment d'initiation du relais selon le pédopsychiatre

Les questions concernant cette section n'étaient pas applicables pour un des pédopsychiatres interrogés car il n'intervenait pas dans le relais de prise en charge du jeune, même de manière indirecte.

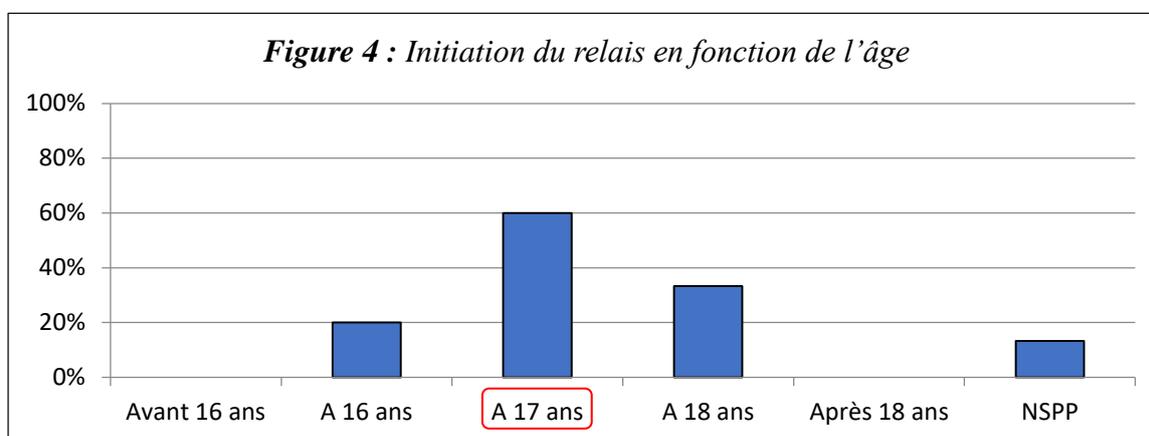
50% des pédopsychiatres interrogés ont donné plus d'une réponse à la question du moment du relais.

On ne relève pas de différence significative entre les 3 propositions (figure 3) : 62.50% (15) des pédopsychiatres ayant répondu que les relais de leurs patients étaient initiés en fonction de leur âge, 58.33% (14) en fonction de l'état d'avancée du projet de soins et cette même proportion en fonction de la prise en charge antérieure du jeune.

L'un des pédopsychiatres a souligné le fait que ce moment était patient dépendant.



Lorsque l'âge faisait partie des critères d'initiation du relais (figure 4), les praticiens privilégiaient celui de 17 ans pour 60% d'entre eux (9 des 15 pédopsychiatres concernés).



4.2.3 Contexte de la première consultation par le psychiatre d'adultes

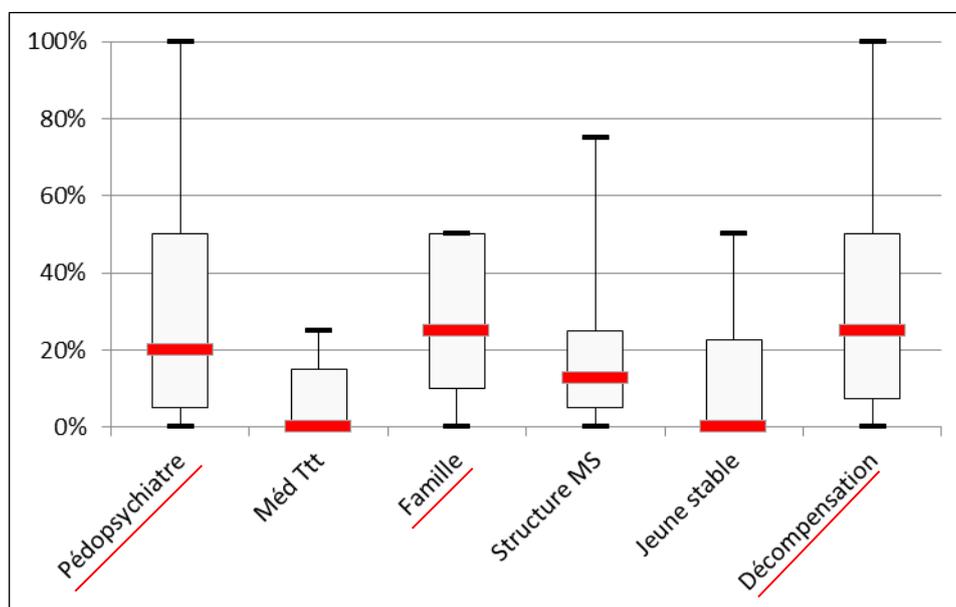
a) Personne et/ou situation à l'initiative de cette première consultation

On a relevé des réponses très diverses de la part des praticiens interrogés, avec des valeurs extrêmes étendues. Du fait de la répartition non gaussienne des données, a été fait le choix du recours aux médianes et intervalles interquartiles.⁴

Cependant, on a pu noter que le jeune adulte était pris en charge pour la première fois par le psychiatre d'adultes, majoritairement au décours d'une décompensation, à la demande de la famille ou à la demande du pédopsychiatre (figure 5) avec des médianes (M) respectives à 25% (intervalle interquartile : EQ : 42.5), 25% (EQ : 40) et 20% (EQ : 45).

Dans de faibles proportions (M : 12.5% ; EQ : 20), le jeune était adressé par une structure médico-sociale.

Figure 5 : Répartition des personnes et/ou situation à l'initiative de la première consultation



Le nombre de relais effectués par le psychiatre d'adultes durant sa carrière n'avait pas d'influence sur les proportions retrouvées, en revanche les valeurs extrêmes étaient en majeure partie retrouvées pour les psychiatres d'adultes ayant eu peu de relais durant leur carrière.

b) Présence d'une information écrite

Les questions concernant cette section n'étaient pas applicables pour 5 (20%) psychiatres d'adultes interrogés car les jeunes adultes ayant eu une prise en charge initiale en pédopsychiatrie ne leur étaient jamais adressés par le pédopsychiatre.

Pour les 20 psychiatres concernés, les réponses étaient très disparates. Ainsi, ils bénéficiaient d'une information écrite dans 50% des cas (M) avec un EQ de 60 [15 ;75], lorsque le jeune était adressé par un pédopsychiatre (figure 6).

Pour 3 psychiatres, ils ne bénéficiaient d'aucune information écrite lorsque le patient leur était adressé par le pédopsychiatre.

Le nombre de relais effectués par le psychiatre d'adultes durant sa carrière n'avait pas d'influence sur les proportions retrouvées.

Lorsqu'ils bénéficiaient d'une information écrite, les 17 psychiatres d'adultes interrogés en étaient satisfaits pour 58,82% d'entre eux et assez satisfaits pour 29,41% (figure 7).

Figure 6 : Proportion d'informations écrites

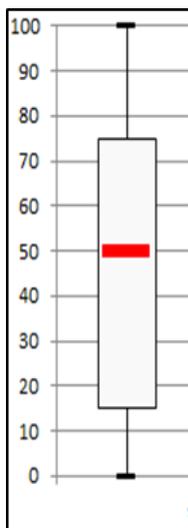
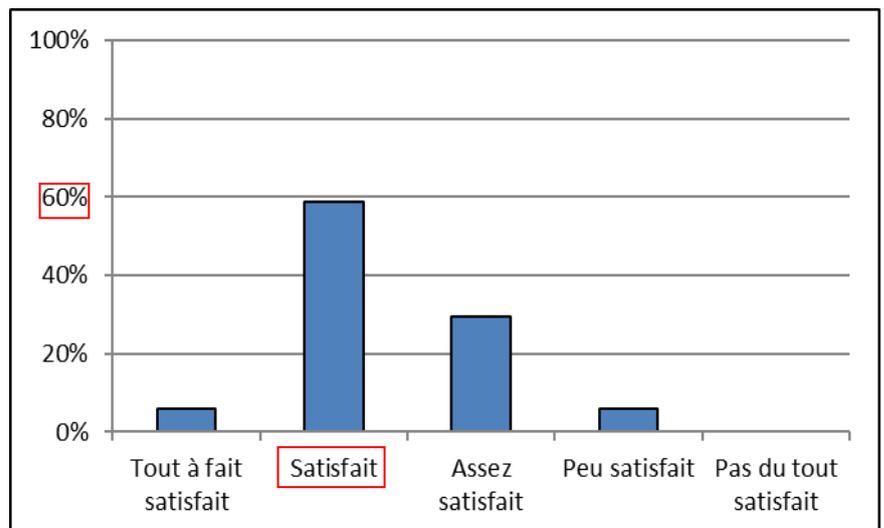


Figure 7 : Satisfaction générale des psychiatres d'adultes vis-à-vis des informations écrites



c) Accompagnement lors de la première consultation

D'après les réponses données par les psychiatres d'adultes interrogés, le jeune patient était accompagné dans 75% des cas (médiane) avec un EQ de 37,5 [50-87.5]. (figure 8)

Pour 2 psychiatres, le jeune n'était jamais accompagné.

Concernant l'accompagnant principal, parmi les 23 psychiatres d'adultes concernés, 9 ont donnés plus d'une réponse. (figure 9)

La famille était l'accompagnant majeur pour 19 des psychiatres d'adultes concernés (82.61%). Il s'agissait d'un membre de l'équipe de pédopsychiatrie pour seulement 34.78% (8) des psychiatres d'adultes concernés.

Cette proportion moins importante d'accompagnement par l'équipe de pédopsychiatrie est corrélée à la proportion de demandes de consultation par le pédopsychiatre (cf. personnes à l'initiative de la première consultation).

Le nombre de relais effectués par le psychiatre d'adultes durant sa carrière n'avait pas d'influence sur les proportions retrouvées.

Par ailleurs, on relève dans l'analyse des questionnaires, une part plus importante qu'imaginée initialement de la place des partenaires sociaux, définis comme accompagnant principal du jeune pour 30,43% (7) d'entre eux.

Figure 8 : Proportion d'accompagnements

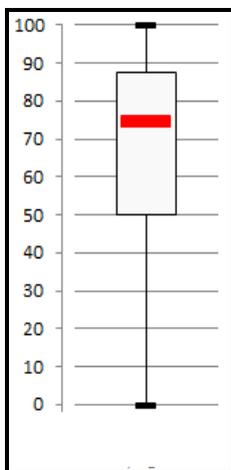
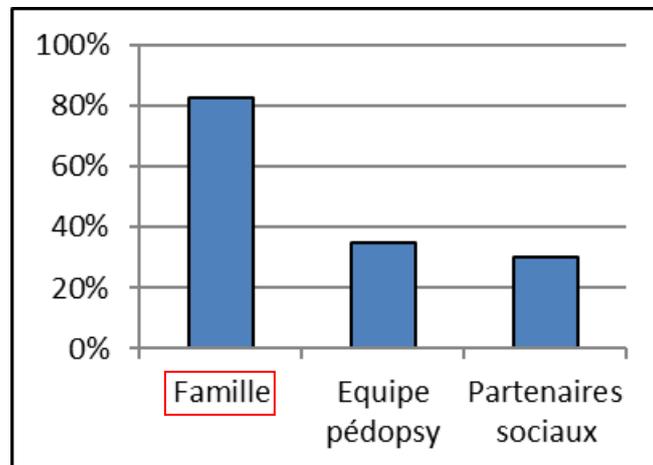


Figure 9 : Répartition des accompagnants principaux



4.2.4 Période de suivi conjoint

Les questions concernant cette section n'étaient pas applicables pour :

- deux des pédopsychiatres interrogés car ils n'intervenaient pas directement dans le relais de prise en charge du jeune.
- cinq des psychiatres d'adultes interrogés car les jeunes adultes ayant eu une prise en charge initiale en pédopsychiatrie ne leur étaient jamais adressés par le pédopsychiatre.

a) Proportion de périodes de suivi conjoint

Du fait de la répartition non gaussienne des données, nous avons eu recours aux médianes et intervalles interquartiles afin de décrire les proportions de suivi conjoint (figure 10) des différents praticiens.

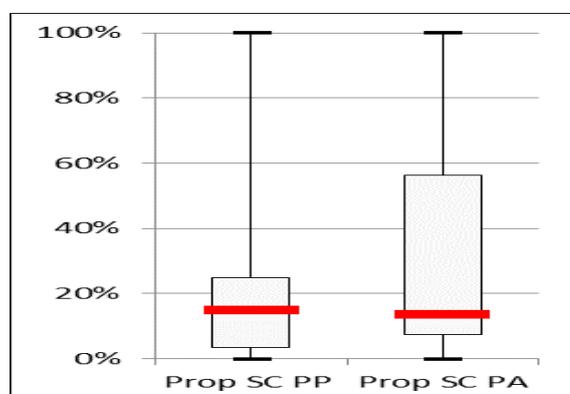
Pour les 23 pédopsychiatres concernés, la médiane de proportion de suivi conjoint était de 15% (EQ : 21.5).

Pour 21.74% (5) d'entre eux, il n'y avait jamais de période de suivi commune.

Pour les 20 psychiatres d'adultes concernés, la médiane de proportion de suivi conjoint était de 13.75% (EQ : 48.75).

Pour 25% (5) d'entre eux, il n'y avait jamais de période de suivi commune. Le nombre de relais effectués par le psychiatre d'adultes durant sa carrière n'avait pas d'influence sur les proportions retrouvées.

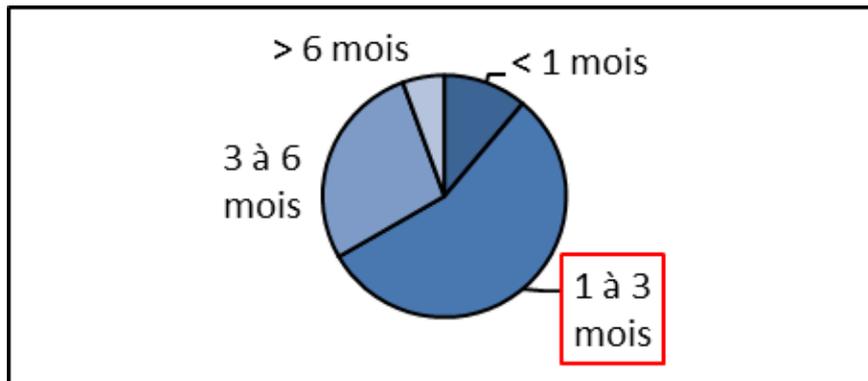
Figure 10 : Proportion de périodes de suivi conjoint en fonction des praticiens



b) *Durée moyenne de la période de suivi conjoint*

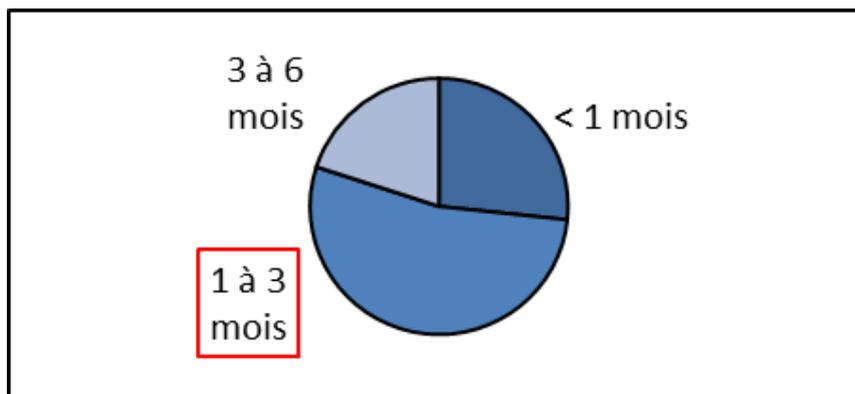
Lorsqu'une période de suivi conjoint avait lieu, elle durait la plupart du temps entre 1 et 3 mois pour 55.56% (10) des pédopsychiatres concernés ; et entre 3 et 6 mois pour 27.78% (5) d'entre eux. (figure 11)

Figure 11 : Période de suivi conjoint moyenne des pédopsychiatres



Concernant les psychiatres d'adultes concernés, cette période durait la plupart du temps, également, entre 1 et 3 mois pour 53.33% (8) d'entre eux. (figure 12)

Figure 12 : Période de suivi conjoint moyenne des psychiatres d'adultes



4.2.5 Continuité du suivi

On a relevé des réponses très diverses de la part des praticiens interrogés, avec des valeurs extrêmes étendues. Du fait de la répartition non gaussienne des données, a été fait le choix du recours aux médianes et intervalles interquartiles.

La médiane de proportion d'arrêts du suivi à trois mois était de 25% avec un intervalle interquartile de 35 [15-50]. (figure 13)

Bien que cela soit non significatif du fait du faible échantillon, les deux praticiens ayant donné des valeurs supérieures à 50% d'arrêt du suivi à 3 mois (à savoir 75% et 100%) avaient une expérience locale inférieure à 5 ans et eu moins de 5 patients de 16-18 ans préalablement pris en charge par les services de pédopsychiatrie.

Par ailleurs, les 6 praticiens ayant répondu n'avoir jamais eu de patients ayant arrêté leur suivi au bout de trois mois ont tous eu moins de 15 patients de 16-18 ans préalablement pris en charge par les services de pédopsychiatrie.

Figure 13 : Proportion

d'arrêts du suivi à 3 mois

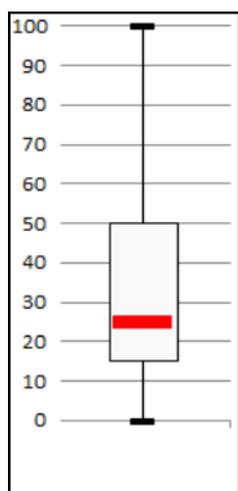
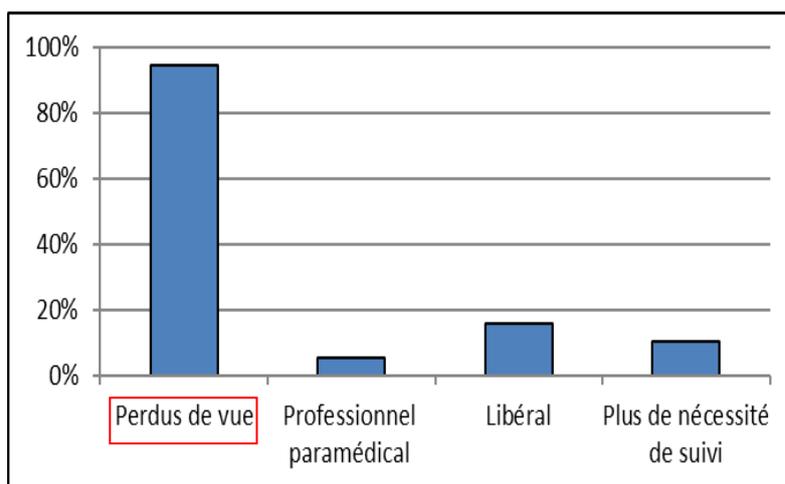


Figure 14 : Raisons principales de l'arrêt du suivi précoce



Pour les praticiens concernés par un arrêt du suivi précoce, 94.74% (18) ont répondu que la raison principale était que le patient arrêta de lui-même le suivi. (figure 14)

Par ailleurs, 5 psychiatres d'adultes ont donné plus d'une réponse.

4.2.6 Mesure de protection

35% des pédopsychiatres interrogés réalisaient la mesure de protection lorsqu'il leur apparaît qu'elle deviendra nécessaire.

68% des psychiatres d'adultes interrogés souhaiteraient que la mesure de protection soit réalisée en amont par le pédopsychiatre.

Selon la totalité psychiatres d'adultes interrogés, la proportion de mesure de protection réalisée par le pédopsychiatre était inférieure à 10%.

Cette question a pu solliciter plusieurs débats au décours des réunions pluridisciplinaires. Ce qu'il en ressortait était que chaque situation était singulière et que la mise sous mesure de protection ne pouvait être associée systématiquement au passage en psychiatrie adulte.

4.2.7 Satisfaction générale des praticiens vis-à-vis des relais effectués

Les questions concernant cette section n'étaient pas applicables pour un des pédopsychiatres interrogés car il n'intervenait pas dans le relais de prise en charge du jeune, même de manière indirecte.

Bien que cela soit non significatif au vu du faible nombre ($p = 0.52$), on relevait une satisfaction générale des relais plus importante chez les psychiatres d'adultes interrogés avec 37.50 % (9) de pédopsychiatres Satisfaits / Assez satisfaits (figure 15) tandis que cette proportion était de 52% (13) chez les psychiatres d'adultes (figure 16).

2 pédopsychiatres et 3 psychiatres d'adultes ne se sont pas prononcés sur la question.

Figure 15 : Satisfaction générale des pédopsychiatres vis-à-vis des relais effectués

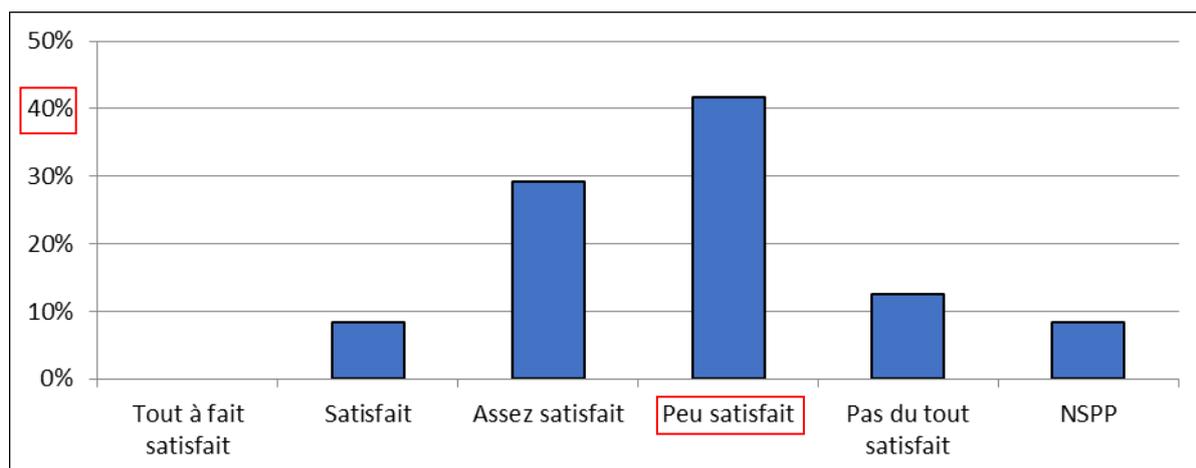
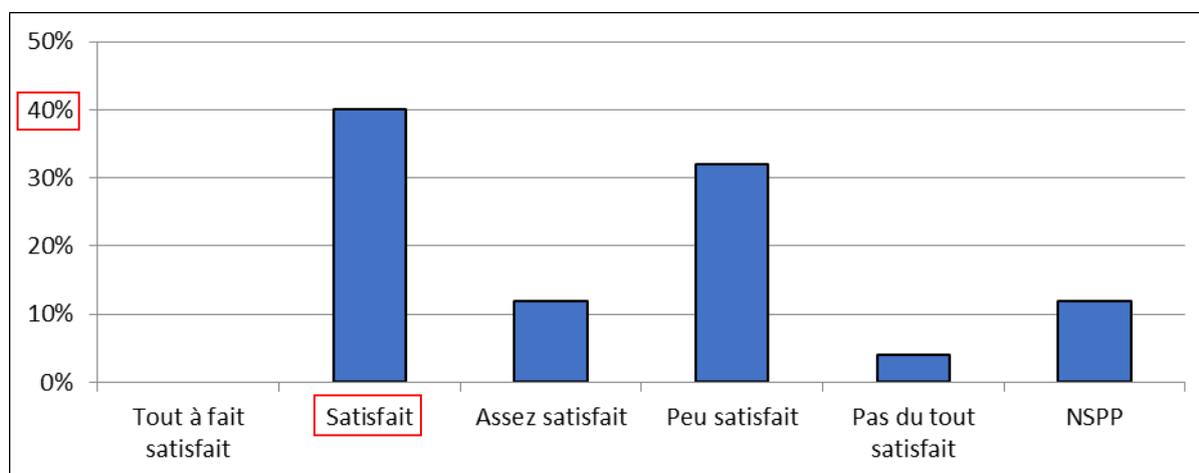


Figure 16 : Satisfaction générale des psychiatres d'adultes vis-à-vis des relais effectués



4.3 Partie III du questionnaire : Pour un relais optimal

4.3.1 En amont du relais thérapeutique

96% des pédopsychiatres et 88% des psychiatres d'adultes interrogés sont favorables à la mise en place d'un protocole pour faciliter le relais.

a) Moyens privilégiés permettant d'initier le relais

Les réponses à cette question étaient panachées, 15 pédopsychiatres et 20 psychiatres d'adultes ayant sélectionné plus d'un item.

Les pédopsychiatres (figure 17) privilégiaient pour 80% (20) d'entre eux les réunions d'équipe, tandis que les psychiatres d'adultes privilégiaient les courriers sécurisés pour 76 % (19) d'entre eux. (figure 18)

Lorsque le fax était validé, le praticien avait renseigné d'autres modalités.

Figure 17 : Moyens de contact privilégiés par les pédopsychiatres

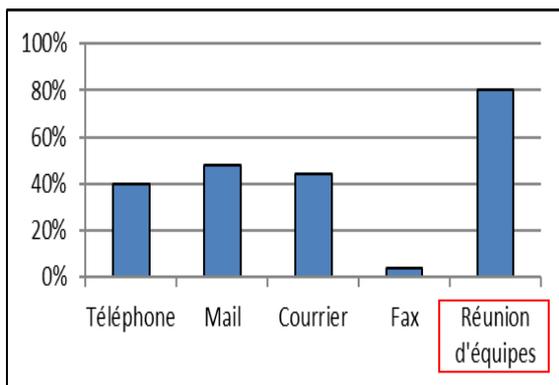
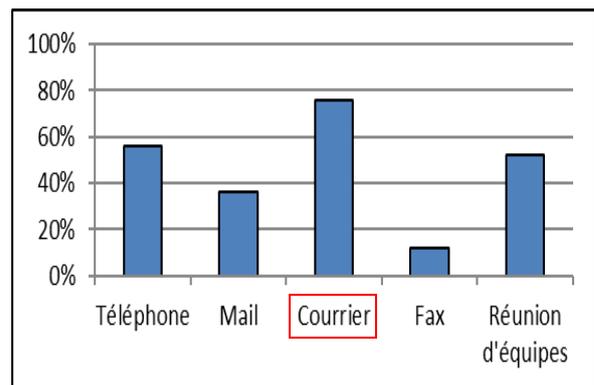


Figure 18 : Moyens de contact privilégiés par les psychiatres d'adultes



b) Transmissions entre les différents praticiens

92% des pédopsychiatres et 100% des psychiatres d'adultes interrogés étaient favorables aux transmissions entre les différents praticiens (psychologues, assistantes sociales, IDE) afin d'optimiser le relais de prise en charge.

c) Informations souhaitées par les praticiens concernant la demande de relais

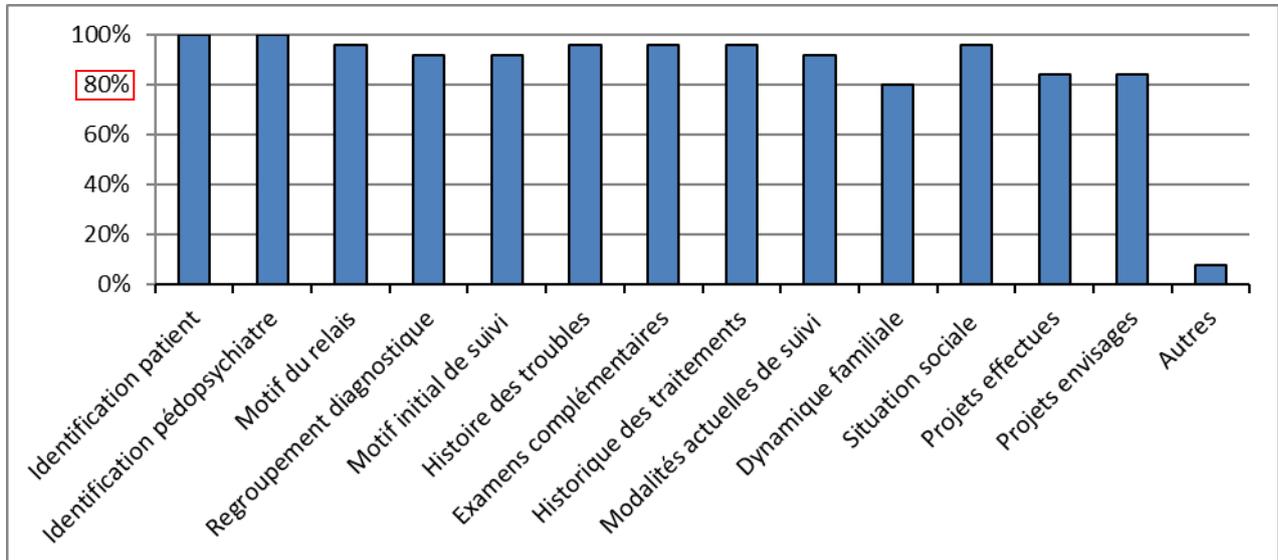
Les informations proposées dans cette question ont été validées par au moins 80% des praticiens.

Les pédopsychiatres (figure 19) ont sélectionné l'ensemble des propositions pour 72% (18) d'entre eux.

Seulement 3 pédopsychiatres ont validé moins de 10 propositions, l'un s'attachant particulièrement à la confidentialité des données et proposant une fiche de relais indépendante de la demande de relais.

2 pédopsychiatres ont proposé d'inclure le cheminement et le positionnement du patient et de la famille vis-à-vis de ce relais.

Figure 19 : Informations souhaitées par le pédopsychiatre

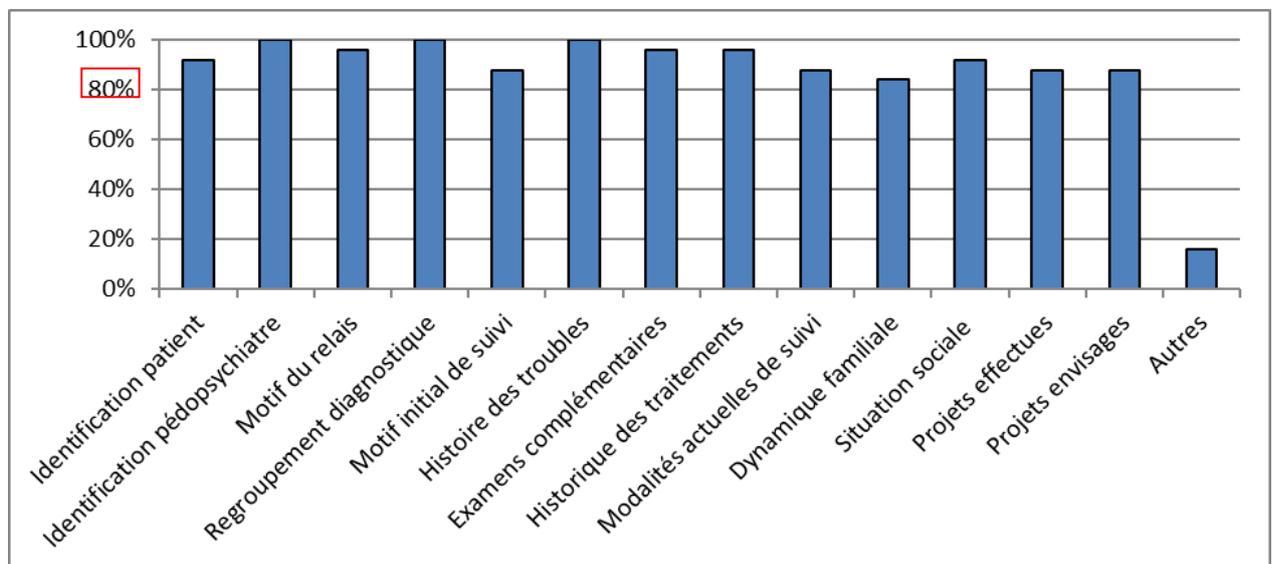


Les psychiatres d'adultes (figure 20) ont sélectionné l'ensemble des propositions pour 68% (17) d'entre eux.

Seulement 2 psychiatres d'adultes ont validé moins de 10 propositions.

4 praticiens ont fait d'autres propositions ; à savoir : les comorbidités personnelles et familiales, les bilans cognitifs, génétiques, les comptes-rendus éventuels et les motifs d'échec des projets antérieurs.

Figure 20 : Informations souhaitées par le psychiatre d'adultes



4.3.2 Période conjointe optimale de suivi

Cette question n'ayant été rajoutée qu'au décours de l'étude, 20 psychiatres d'adultes et 20 pédopsychiatres ont répondu à celle-ci.

100% des pédopsychiatres et 95% des psychiatres d'adultes interrogés étaient favorables à une période de suivi conjoint.

La durée optimale de suivi conjoint était de 1 à 3 mois pour 55% (11) des pédopsychiatres (figure 21) et pour 47,37% (9) des psychiatres d'adultes (figure 22).

75% (15) des pédopsychiatres et 89,47% (17) des psychiatres d'adultes validaient une période étendue de 1 à 6 mois.

Figure 21 : Durée optimale de suivi conjoint selon les pédopsychiatres

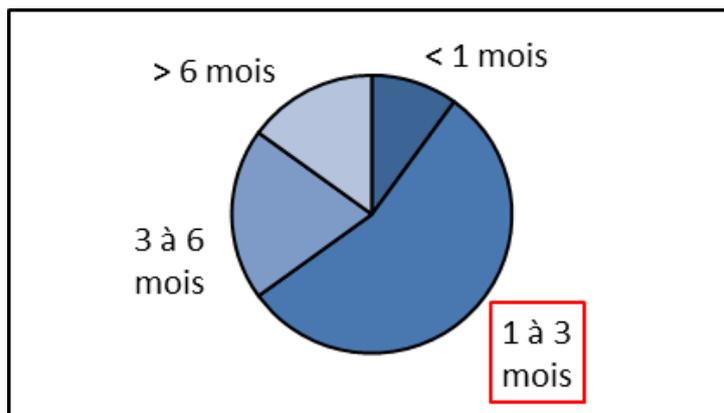
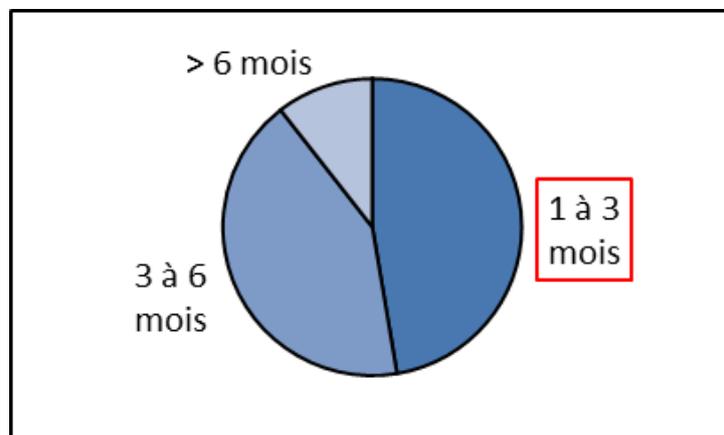


Figure 22 : Durée optimale de suivi conjoint selon les psychiatres d'adultes



4.3.3 Retour d'informations sur le suivi en secteur d'adultes

92% des pédopsychiatres et 96% des psychiatres d'adultes interrogés étaient favorables à ce retour d'informations.

a) Moyens privilégiés par les praticiens pour ce retour d'informations

Parmi les 3 praticiens non favorables à ce retour d'informations, seul l'un des pédopsychiatres n'a pas répondu à cette question.

9 pédopsychiatres et 15 psychiatres d'adultes ont sélectionné plus d'un item et lorsque le fax était validé, le praticien avait renseigné d'autres modalités.

Les pédopsychiatres (figure 23) privilégiaient le mail pour 62,5% (15) d'entre eux et le courrier pour 58,33% (14). L'un des praticiens a mentionné le retour d'informations par l'adolescent lui-même.

Les psychiatres d'adultes (figure 24) privilégiaient le courrier pour 68% (17) d'entre eux et le téléphone pour 56% (14). L'un des praticiens a mentionné l'utilisation de l'informatique sans précision.

Figure 23 : Moyens privilégiés par le pédopsychiatre

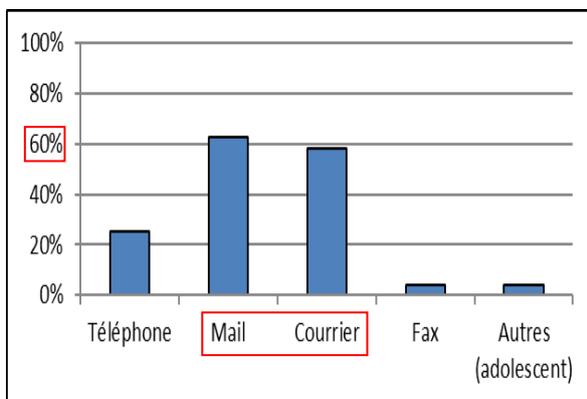
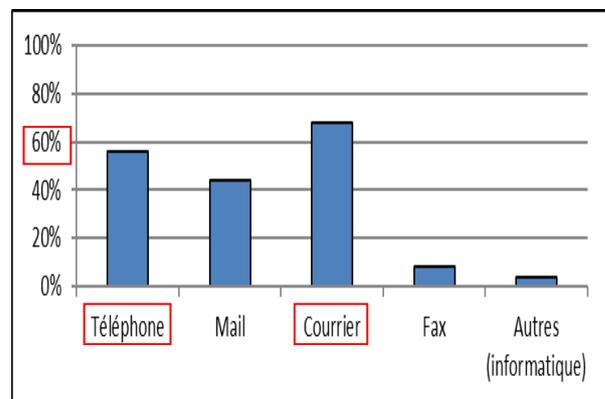


Figure 24 : Moyens privilégiés par le psychiatre d'adulte



b) *Moment idéal du retour d'informations*

Parmi les 3 praticiens non favorables à ce retour d'informations, seul l'un des pédopsychiatres n'a pas répondu à cette question.

Bien qu'il fût souligné par plusieurs praticiens que cela était patient – dépendant, pour 50% (12) des pédopsychiatres et 48% (12) des psychiatres d'adultes, le moment idéal était au bout de 6 mois de l'arrêt du suivi conjoint (figures 25 et 26).

5 pédopsychiatres et 3 psychiatres d'adultes étaient en faveur d'un retour d'informations au décours de plusieurs étapes de la prise en charge du jeune.

Figure 25 : Moment idéal selon le pédopsychiatre

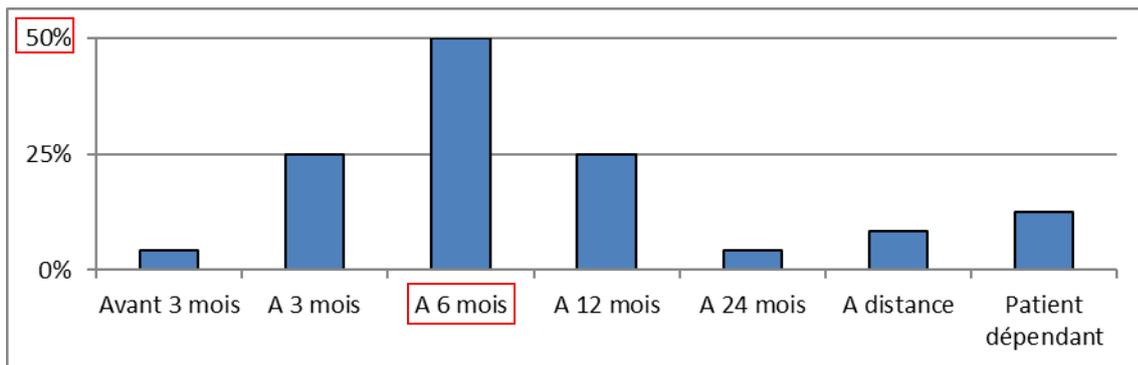
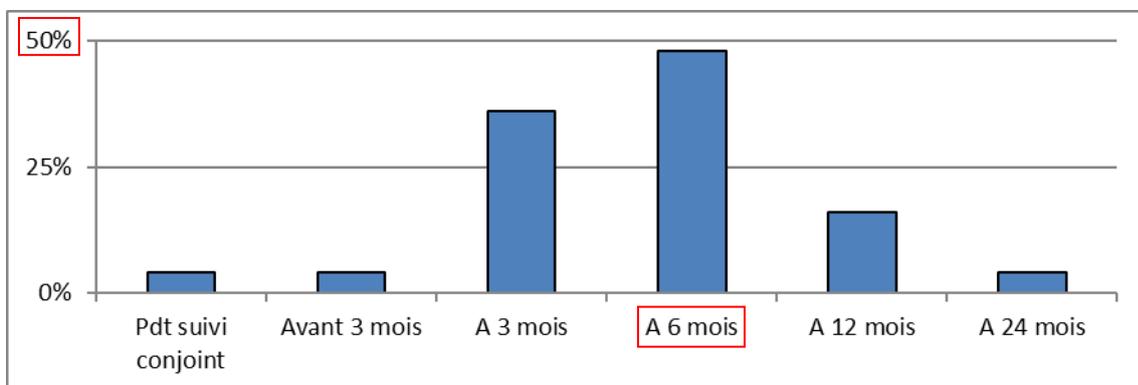


Figure 26 : Moment idéal selon le psychiatre d'adulte



c) *Informations souhaitées par les praticiens*

Parmi les 3 praticiens non favorables à ce retour d'informations, seul l'un des pédopsychiatres n'a pas répondu à cette question.

Les pédopsychiatres interrogés demandent, selon l'enquête, moins d'informations que ce que les psychiatres d'adultes interrogés acceptent de leur donner. Ainsi 8 pédopsychiatres ont sélectionné les 5 propositions tandis qu'ils étaient validés par 17 des psychiatres d'adultes interrogés (figures 27 et 28).

Les pédopsychiatres interrogés étaient surtout intéressés de connaître les projets mis en place pour le jeune adulte (95,83%) ainsi que les modalités de sa prise en charge (87,5%).

Parmi les propositions faites par les praticiens, les pédopsychiatres s'interrogeaient sur le vécu du jeune vis-à-vis de ce relais. Les psychiatres d'adultes proposaient de renseigner le pédopsychiatre sur les éventuelles nouvelles comorbidités et les résultats des bilans effectués.

Figure 27 : Informations souhaitées par le pédopsychiatre

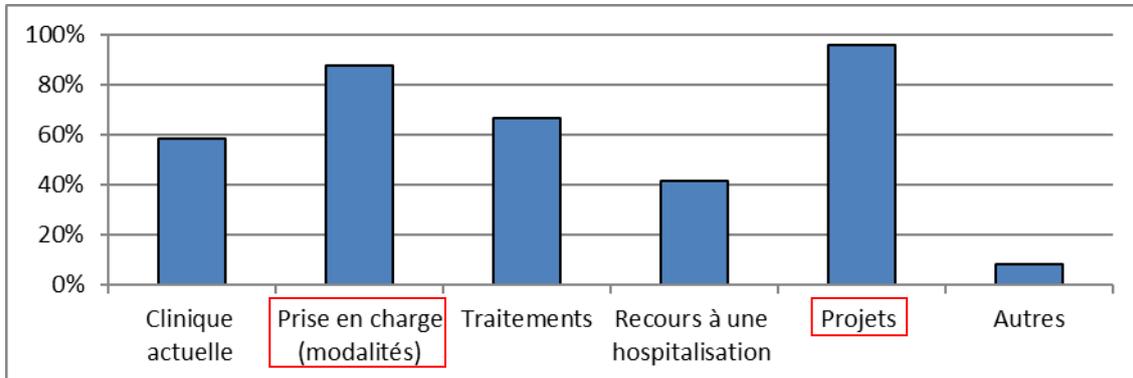
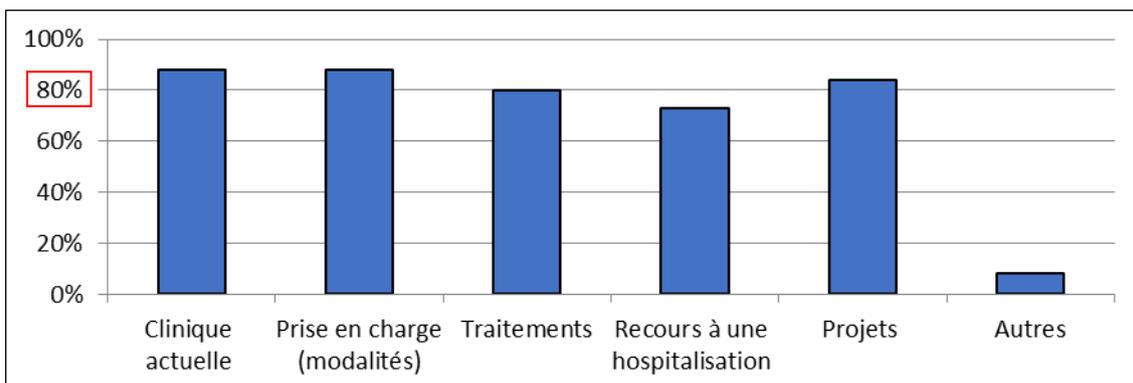


Figure 28 : Informations souhaitées par le psychiatre d'adultes



V / DISCUSSION

5.1 Apport des questionnaires

5.1.1 Limites de l'étude

Bien que l'enquête ait reçu dans l'ensemble un bon accueil auprès des praticiens rencontrés, ses résultats restent limités du fait du faible échantillon de praticiens interrogés.

On relève plusieurs biais dans cette étude :

Lors de la constitution de l'échantillon, nous avons créé un biais d'admission en ne sollicitant pas tous les praticiens de la zone géographique concernée. La majeure partie des pédopsychiatres des secteurs i03 à i05 avaient été sollicités ainsi que l'ensemble des praticiens des CMP d'adultes dépendants du Centre Hospitalier Sainte-Marie.

Cependant, les professionnels du CMP et des services de psychiatrie d'adultes dépendants du CHU de Nice n'ont pas tous été sollicités. Concernant les médecins des secteurs relevant d'Antibes, seuls certains praticiens ont été interrogés.

On note également un biais d'autosélection, étant donné que seuls les praticiens ayant répondu à l'enquête ont fait partie de cette étude.

Par ailleurs, du fait des questions posées, des biais de mémorisation sont fortement probables.

On peut également reprocher le possible biais induit par le caractère subjectif des questions portant sur les informations à communiquer dans d'éventuels formulaires d'initiation du relais ou de retour d'informations.

De plus la méthode de recueil n'était pas unique, ainsi certains praticiens ont été rencontrés directement et les questions pouvaient au besoin être réexpliquées ; tandis que pour d'autres, le questionnaire était adressé par mail ou dans leurs bannettes respectives et rempli sans information supplémentaire.

5.1.2 Evaluation de la qualité des relais

a) *Qualité des relais dans cette étude*

En reprenant, de manière chronologique, les marqueurs de relais optimal définis par l'équipe du Pr Singh, on observe un certain écueil de ceux-ci :

L'information écrite était présente avec une médiane de 50% des relais effectués par le psychiatre d'adultes (écart interquartile : EQ : 60).

L'adolescent bénéficiait d'un accompagnement pour une médiane de 75% des relais effectués par le psychiatre d'adultes (EQ : 37.5) et l'accompagnant principal était un référent de l'équipe de pédopsychiatrie selon 34.78% des psychiatres d'adultes.

Une période transitoire de suivi conjoint a eu lieu avec une médiane de 15%, EQ : 21.5 (pédopsychiatres) – 13.75%, EQ : 48.75 (psychiatres d'adultes) des relais effectués par les praticiens.

Un arrêt du suivi à 3 mois par le secteur adulte était observé avec une médiane de 25% des relais effectués par le psychiatre d'adultes (EQ : 35).

b) *Comparaison avec la revue de la littérature*

Au décours d'une étude rétrospective multicentrique publiée en 2013¹⁴, PAUL et al. ont étudié les dossiers de 131 patients pris en charge par les services de pédopsychiatrie et éligibles à un relais sur les secteurs de psychiatrie d'adultes. 102 patients ont été adressés aux équipes de psychiatrie d'adulte et 90 ont été acceptés par ces derniers.

Les 4 marqueurs de relais optimal étaient présents dans seulement 4% des dossiers. Le marqueur le plus souvent retrouvé était la continuité du suivi (70% des relais), suivi par la planification d'une consultation de relais (40% des relais), la présence d'une information écrite (27% des relais) et enfin la période de suivi parallèle (24%).

Par ailleurs, comme présenté dans le travail de thèse du Dr SCHANDRIN¹⁸, ce médecin retrouvait parmi les trente et un relais effectués sur Montpellier, l'ensemble des 4 critères dans 13.3% des demandes de relais et 3 des 4 critères dans 16.1%.

5.1.3 Points positifs de l'étude

Bien que les relais effectués par les praticiens interrogés ne remplissent pas les marqueurs de relais optimal présentés par l'équipe londonienne, ceux-ci apparaissent optimisables, au moins, à deux raisons :

Premièrement ; l'enquête a été bien accueillie, dans l'ensemble, par les professionnels interrogés qui ont été amenés à s'interroger sur leurs pratiques. Les praticiens apparaissent motivés à une amélioration des pratiques, ainsi 96% des PP et 88% des PA interrogés étaient favorables à la mise en place d'un protocole pour faciliter le relais.

Deuxièmement, cette enquête a été effectuée alors que les praticiens ne disposaient pas d'outils pratiques permettant de les aider dans l'initialisation et la mise en place des relais des jeunes adolescents dont un suivi s'avère nécessaire.

Le but de la dernière partie de l'enquête était, entre autres, de permettre l'élaboration de ces outils, via l'évaluation de la représentation d'une transition optimale par chacun des médecins concertés.

5.2 Proposition d'outils pour améliorer le relais

Au cours des réunions d'échanges, et à partir des résultats des questionnaires soumis, ont pu être élaborés trois outils (la fiche de projet de soins, le formulaire de retour sur le suivi psychiatrique en secteur d'adultes et le protocole de relais) pour améliorer les pratiques de chacun via une optimisation de la transmission d'informations.

5.2.1 Description de la fiche de projet de soins (annexe 3)

Ce formulaire, à remplir par le pédopsychiatre, a pour objectif d'être relativement exhaustif, permettant lors des échanges avec le psychiatre d'adultes, de se baser sur un outil commun, afin d'éviter certains oublis de la part du pédopsychiatre ou une prise de notes trop longue pour le psychiatre d'adultes.

Il a également l'ambition d'éviter de reproduire certains examens complémentaires (bilan génétique, IRM cérébrale, EEG, etc.) ou de réintroduire certains traitements qui avaient pu être mal tolérés ou qui ne se sont pas révélés concluants.

Sur les pages que comporte cette fiche, se succèdent, selon un ordre apparaissant logique :

- l'identification du pédopsychiatre, à savoir :
 - son nom ;
 - la structure dans laquelle il exerce ;
 - les coordonnées permettant de le joindre (numéro de téléphone, mail).

- l'identification du patient, à savoir :
 - son nom, son prénom ;
 - sa date de naissance.
 - les coordonnées permettant de le joindre (numéro de téléphone, adresse).

- le motif de la demande de relais

- l'histoire des troubles, en insistant sur :
 - la date de début des troubles ;
 - la date de début de prise en charge ;
 - le motif initial de prise en charge ;
 - les antécédents éventuels d'hospitalisation (en demandant au professionnel de joindre les comptes rendus)

- le contexte socio-familial, à travers l'abord :
 - du mode de vie ;
 - des éléments biographiques ;
 - des personnes ressources et de leurs coordonnées ;
 - des antécédents somatiques et d'éventuelles comorbidités ;
 - des éventuels antécédents familiaux ;
 - de la scolarité ou de la profession du jeune ;
 - d'une éventuelle mesure de protection ;

 - de démarches effectuées auprès de la MDPH (orientation/allocation) et de leurs avancées ;
 - d'un éventuel suivi socio-éducatif (suivi MSD, mesure d'AED ou d'AEMO, placement, etc.)

- les modalités de la prise en charge actuelle

Y sont listés les différents intervenants envisageables dans la prise en charge du jeune, à savoir : pédopsychiatre, psychologue, psychomotricien, ergothérapeute, orthophoniste, médecin traitant, infirmière libérale, structures hospitalières éventuelles (CATTP, HDJ, etc.), structures socio-éducatives éventuelles (SESSAD, IME, ITEP, etc.).

Pour chacun de ces intervenants, le praticien est invité à indiquer leur nom, leurs coordonnées, la date de début de prise en charge et la fréquence actuelle du suivi. Le praticien a la possibilité de mettre d'éventuels commentaires concernant ces prises en charge.

- les projets antérieurs du patient, en insistant sur :
 - les dates auxquelles ils ont eu lieu ;
 - le motif initial de ces projets ;
 - les motifs d'arrêts.

- les projets actuels du patient, en insistant sur :
 - les dates de demande ;
 - le motif de ces projets ;
 - les raisons pour lesquelles ils n'ont pas encore abouti.

- les projets souhaités par le jeune et/ou sa famille :

Bien que pouvant apparaître parfois très désadapté et en dehors de ses capacités, il est important, dans l'optique d'une autonomisation du jeune, de le mettre au centre du processus et de prendre en compte ce qui est important pour lui, quitte à l'accompagner par la suite dans un travail de renoncement de ses projets.

- les examens complémentaires réalisés, en abordant :

- le bilan biologique ;
- l'ECG, l'EEG ;
- l'IRM cérébrale ;
- l'évaluation pédiatrique ;
- le bilan psychométrique ;
- les tests projectifs ;
- le bilan génétique.

- les traitements médicamenteux actuels, en détaillant :

- la date de début ;
- le motif d'introduction ;
- la posologie actuelle ;
- la posologie maximale ;
- les commentaires éventuels (et notamment si une forme à libération prolongée avait été abordée).

- les traitements médicamenteux antérieurs, en détaillant :

- la date de début ;
- le motif d'introduction ;
- la posologie maximale ;
- la date de fin ;
- le motif d'arrêt ;

- les troubles psychiques ayant motivé la prise en charge actuelle du patient

Est demandé au praticien, bien que souvent il s'agisse de troubles dont l'évolution n'est pas encore bien définie, de lister les hypothèses diagnostiques concernant le patient qu'il prend en charge et ses comorbidités selon la classification CIM 10, pour un souci de clarté.

Il est suggéré également de décrire les termes utilisés auprès du patient et de la famille concernant ces hypothèses afin de favoriser l'alliance thérapeutique.

- les informations complémentaires éventuelles.

5.2.2 Description du formulaire de retour sur le suivi psychiatrique en secteur adulte (annexe 4)

Ce formulaire a pour ambition de répondre à une certaine demande de la part des équipes de pédopsychiatrie, intéressées par le devenir des jeunes qu'elles ont accompagnés, pour certains d'entre eux, pendant plusieurs mois voire années.

Cela pourrait permettre également parfois de réviser certaines pratiques.

Après une brève identification du praticien en charge du jeune adulte (nom, structure auquel il est rattaché) et de ce dernier (nom, prénom, date de naissance), le psychiatre est invité à décrire la prise en charge actuelle du patient par le secteur adulte au travers :

- de sa présentation clinique actuelle ;
- des modalités actuelles de prise en charge ;

Le psychiatre d'adulte peut y préciser la fréquence actuelle du suivi, la présence d'autres intervenants, l'éventuelle rupture de suivi, etc.

- des modifications thérapeutiques éventuelles ;
- du recours éventuel à une hospitalisation ;

Il est suggéré au praticien de détailler le motif de celles-ci et le mode sous lequel elles se sont réalisées.

- des projets en cours ou effectifs pour le patient.

5.2.3 Proposition de protocole pour un relais optimisé

A partir des résultats des questionnaires élaborés au cours du travail de thèse, qui ont été passés par les médecins des 2 versants de la profession, une proposition de protocolisation de ces relais a été faite. Bien que celle-ci n'ait pas encore été validée, nous vous en présentons l'ébauche en neuf étapes successives.

Etape 1 : Présentation du déroulement du relais au jeune et à sa famille

En amont du relais, lorsque le patient arrive dans sa dix-septième année et s'il ne présente pas de trouble aigu, le praticien pourra, au décours de plusieurs entretiens, présenter au jeune adulte et à sa famille le déroulement du relais vers le secteur adulte, en décrivant le fonctionnement du CMP d'adultes, les structures de soins existantes.

Ce sera aussi l'occasion de faire le point sur la prise en charge actuelle et passée du jeune, en remplissant avec lui et sa famille, la « fiche de projet de soins », afin de le mettre au centre de ce processus comme cela l'est préconisé par SURIS et al²³.

En s'inscrivant dans la dynamique actuelle des dossiers médicaux partagés, le projet est d'arriver à une informatisation de la fiche de projet de soins, en accord avec le patient, afin d'éviter une perte d'informations. Ainsi, quel que soit le lieu d'accueil du jeune (CMP, urgences, hospitalisation), le praticien pourrait avoir accès aux informations le concernant sur une base informatique sécurisée.

Etape 2 : Envoi de la demande par le pédopsychiatre

Après avoir complété la fiche de relais et avec l'accord du patient, le pédopsychiatre pourra envoyer celle-ci sous pli confidentiel, fax ou par mail sécurisé au secteur dont le jeune dépend géographiquement.

Au décours des réunions régulières de synthèse en CMP d'adultes, un praticien sera déterminé comme étant en charge du suivi du jeune adulte.

Etape 3 : Réponse attendue du psychiatre adulte qui deviendra le référent médical

Etape 4 : Echange téléphonique ou rencontre entre les deux équipes en charge du jeune

En se servant de la fiche de projet de soins, cela permettra de réserver ce temps d'échanges aux particularités de la prise en charge du jeune et de convenir, de manière collégiale, d'un projet personnalisé d'accompagnement de ce relais.

Etape 5 : Consultation de relais

De manière optimale, SINGH et al.^{19,21} conseillent que lors de cette première consultation où le jeune adulte viendra à faire connaissance avec le psychiatre qui va assurer le suivi, un membre de l'équipe de pédopsychiatrie soit présent afin de faciliter ce relais (effet de réassurance, reprise possible à distance de ce qui aura été abordé au cours de cette première rencontre).

De manière préférentielle, il serait favorable que ce soit une infirmière référente du patient.

L'unité mobile de pédopsychiatrie pourrait intervenir dans l'accompagnement du jeune vers les secteurs adultes, notamment :

- lors de ces consultations de relais,
- pour visiter les structures dont il pourrait par la suite relever (HDJ, CATTP, ESAT, ...)
- pour faire le lien entre les différents intervenants en charge du patient.

Se discute également la place de la famille et des partenaires sociaux. Les rencontres préalables permettront de définir s'il apparaît bénéfique pour le jeune que ces personnes soient présentes. Le patient devra être sollicité sur cette question.

Etape 6 : Durée de la période de suivi conjoint à définir

Lorsque le relais sera amorcé, il est souhaitable, en accord avec le jeune et les deux équipes en charge de ce dernier, que soit défini le terme de la prise en charge par les services de pédopsychiatrie.

Bien qu'une période optimale de 3 mois de suivi conjoint soit ressortie des questionnaires, il apparaît nécessaire de la définir au cas par cas, de manière collégiale.

Etape 7 : Période de suivi conjoint par les équipes de pédopsychiatrie et de psychiatrie d'adultes

Etape 8 : Suivi par le secteur d'adultes uniquement

Etape 9 : Retour d'informations par l'équipe de psychiatrie de l'adulte

A 6 mois de l'arrêt de la prise en charge conjointe avec l'équipe de pédopsychiatrie, le psychiatre d'adultes sera invité à remplir la « fiche de retour sur le suivi psychiatrique en secteur adulte ».

Le délai de 6 mois est issu des résultats des questionnaires remis aux différents praticiens.

Les moyens privilégiés pour ce retour d'informations étaient le courrier ou le mail sécurisé.

VI / CONCLUSION

Notre travail de thèse se situe dans une réflexion sur l'amélioration de l'accompagnement des jeunes suivis en pédopsychiatrie nécessitant une poursuite de soins sur le secteur d'adultes.

Il s'appuie sur une dynamique d'échanges entre pédopsychiatres et psychiatres d'adultes qui ont permis une meilleure connaissance des professionnels et l'émergence des limites rencontrées dans la pratique courante.

Notre recherche avait pour objectif principal de réaliser un état des lieux des pratiques sur les Alpes maritimes par l'intermédiaire d'un questionnaire construit à cet effet pour en déterminer les paramètres pouvant être améliorés.

Puis, nous avons fait des propositions d'outils réalisables en pratique courante (fiche de projet de soins, fiche de retour d'informations par le secteur adulte et protocole de relais) pour optimiser le relais de soins.

Nous envisageons de diffuser ces trois outils dans les différents secteurs de pédopsychiatrie et psychiatrie d'adultes pour en évaluer les effets sur les relais de soins, la pertinence, la faisabilité ; et d'y apporter des modifications en conséquence.

BIBLIOGRAPHIE

1. **ARS.** *Inventaire des structures de psychiatrie et des structures en lien avec la psychiatrie en Provence-Alpes-Côte d'Azur.* juin 2012
2. **Buisson J-R.** *Avis et rapport du Conseil économique, social et environnemental. La pédopsychiatrie : prévention et prise en charge.* 2010
3. **Cappelli M, Davidson S, Racek J, Leon S, Vloet M, Tataryn K, et al.** *Transitioning Youth into Adult Mental Health and Addiction Services: An Outcomes Evaluation of the Youth Transition Project.* The Journal of Behavioral Health Services & Research. oct 2016; 43(4):597-610.
4. **Chatellier G, Durieux P.** *Moyenne, médiane, et leurs indices de dispersion : quand les utiliser et comment les présenter dans un article scientifique ?* Rev Mal Respir 2003 ; 20 : 421-4.
5. **Circulaire DGS / DH n°70.** *Orientation de la politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents.* 11 déc 1992
6. **Davidson S, Cappelli M.** *We've got growing up to do. Transitioning youth from child and adolescent health services to adult mental health services.* mai 2011.
7. **INSEE.** *Population totale par sexe et par âge au 1^{er} janvier 2017, France métropolitaine. Bilan démographique 2016.*
8. **INSERM, Expertise collective.** *Troubles mentaux : Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent.* 2003
9. **Islam Z, Ford T, Kramer T, Paul M, Parsons H, Harley K, et al.** *Mind how you cross the gap! Outcomes for young people who failed to make the transition from child to adult services: the TRACK study.* BJPsych Bulletin. juin 2016;40(3):142-8.
10. **Laforcade, M.** *Rapport relatif à la santé mentale.* oct 2016

11. **Lamb C, Hall D, Kelvin R, Van Beinum M.** *Working at the CAMHS/Adult Interface: Good practice guidance for the provision of psychiatric services to adolescents/young adults.* Royal College of Psychiatrists. 2008
12. **McGorry P.** *Transition to Adulthood: The Critical Period for Pre-emptive, Disease-modifying Care for Schizophrenia and Related Disorders.* Schizophrenia Bulletin. mai 2011; 37(3):524-30.
13. **McNamara N, McNicholas F, Ford T, Paul M, Gavin B, Coyne I, et al.** *Transition from child and adolescent to adult mental health services in the Republic of Ireland: an investigation of process and operational practice: Investigating operational practice in transition.* Early Intervention in Psychiatry. août 2014; 8(3):291-7.
14. **Paul M, Ford T, Kramer T, Islam Z, Harley K, Singh SP.** *Transfers and transitions between child and adult mental health services.* The British Journal of Psychiatry. janv 2013; 202(s54):s36-40.
15. **Paul M, Street C, Wheeler N, Singh SP.** *Transition to adult services for young people with mental health needs: A systematic review.* Clinical Child Psychology and Psychiatry. juill 2015; 20(3):436-57.
16. **Reale L, Bonati M.** *Mental disorders and transition to adult mental health services: A scoping review.* European Psychiatry. nov 2015; 30(8):932-42.
17. **Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore S-J, Dick B, Ezeh AC, et al.** *Adolescence: a foundation for future health.* The Lancet. avr 2012; 379(9826):1630-40.
18. **Schandrin A.** *Les relais entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie d'adulte : Evaluation des pratiques professionnelles au centre hospitalier de Montpellier et proposition d'axes d'amélioration.* Mémoire soutenu en vue de l'obtention du DES de psychiatrie. Sept 2011
19. **Singh SP et al.** *Transition of care from child to adult mental health services: the great divide.* Current Opinion in Psychiatry. juill 2009; 22(4):386-90.

20. **Singh SP, Paul M, Ford T, Kramer T, Weaver T.** *Transitions of Care from Child and Adolescent Mental Health Services to Adult Mental Health Services (TRACK Study): A study of protocols in Greater London.* BMC Health Services Research. déc 2008
21. **Singh SP, Paul M, Ford T, Kramer T, Weaver T, McLaren S, et al.** *Process, outcome and experience of transition from child to adult mental healthcare: multiperspective study.* The British Journal of Psychiatry. oct 2010; 197(4):305-12.
22. **Singh SP, Tuomainen H.** *Transition from child to adult mental health services: needs, barriers, experiences and new models of care.* World Psychiatry. 2015; 14(3):358–361.
23. **Suris J-C, Akre C.** *Key Elements for, and Indicators of, a Successful Transition: An International Delphi Study.* Journal of Adolescent Health. juin 2015; 56(6):612-8.
24. **Volkaert M.** *Des soins institutionnels pédopsychiatriques aux soins institutionnels psychiatriques adultes : Réflexions issues de la situation en Loire Atlantique.* Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. oct 2010
25. **Winnicott, D.W.** *Les objets transitionnels.*1951

Sites internet

26. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales : www.crntl.fr/
27. Etude Milestone: www.milestone-transitionstudy.eu/
28. Le trésor de la langue française informatisé : www.atilf.fr/tlfi

QUESTIONNAIRE SUR LE RELAIS DE SOINS ENTRE PEDOPSYCHIATRIE ET PSYCHIATRIE ADULTE EN AMBULATOIRE

Questionnaire
remis au
Pédopsychiatre

I / PROFIL DU PROFESSIONNEL

1° Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

2° Votre tranche d'âge :

- Moins de 40 ans
- Entre 40 et 49 ans
- Entre 50 et 59 ans
- 60 ans et plus

3° Vous travaillez :

- En CMP
- Dans une structure hospitalière (temps complet ou hôpital de jour)
- En libéral
- Dans une structure médico-sociale

4° Vous exercez dans votre bassin de santé depuis :

- Moins de 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Entre 10 et 20 ans
- Plus de 20 ans

5° Quelle est la proportion des 16-18 ans parmi les patients que vous prenez en charge actuellement ? :

- Inférieure à 5 %
- Entre 5 et 15 %
- Entre 15 et 30 %
- Supérieure à 30 %

II / EN PRATIQUE

1° Quelle est la proportion des 16-18 ans que vous adressez en CMP d'adultes ?

- Inférieure à 5 %
- Entre 5 et 15 %
- Entre 15 et 30 %
- Supérieure à 30 %

2° Pour les 16-18 ans relevant d'un relais, à qui les adressez-vous, majoritairement ?

- Au CMP adulte
- Au psychiatre libéral
- Au médecin d'une structure de soins
- Au médecin traitant
- Vous poursuivez le suivi (concernant les pédopsychiatres libéraux)
- Aucun

3° A quel moment pensez-vous que ce relais doit s'effectuer ?

- En fonction de l'âge
..._____16_____17_____18_____...
- En fonction de l'état d'avancée du projet personnalisé de soins
- En fonction du parcours de soin du patient (antécédents d'hospitalisation, traitement ou antécédents de traitement, échecs de prise en charge antérieure)
- Autres (préciser)

4°a. Dans quelle proportion, une période conjointe de suivi a-t-elle lieu avec le psychiatre à qui vous avait adressé le jeune adulte ?

0 _____ 25 _____ 50 _____ 75 _____ 100 %

4°b. Lorsqu'elle a lieu, combien de temps dure-t-elle généralement ?

- Inférieure à 1 mois
- Entre 1 et 3 mois
- Entre 3 et 6 mois
- Supérieure à 6 mois

5° Effectuez-vous la mesure de protection du jeune adulte en amont de la transition, lorsqu'il vous apparaît qu'elle deviendra nécessaire ?

- Oui
- Non

6° Êtes-vous satisfait des transitions effectuées au cours de votre exercice ?

- Tout à fait satisfait
- Satisfait
- Assez satisfait
- Peu satisfait
- Pas du tout satisfait
- Ne se prononce pas

III / POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE

A. EN AMONT DU RELAIS THERAPEUTIQUE

1° Seriez-vous favorable à la mise en place d'un protocole pour faciliter la transition entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte ?

- Oui
- Non

2° De quelle manière préféreriez-vous que se déroule la prise de contact avec l'équipe de psychiatrie adulte afin qu'un relais se mette en place ?

- Téléphone
- Mail
- Courrier
- Fax
- Réunion d'équipe
- Autre : ...

3° Quelles informations souhaiteriez-vous faire apparaître sur la demande de relais ?

- Identification du patient
- Identification du pédopsychiatre
- Motif du relais
- Regroupement diagnostique général
- Motif initial de la prise en charge
- Histoire des troubles
- Examens complémentaires réalisés
- Historique des traitements et traitements en cours
- Modalités de la prise en charge actuelle (fréquence, intervenants...)
- Dynamique familiale
- Situation sociale (MDPH, mesure de protection)
- Projets effectués
- Projets envisagés
- Autres : ...

4° Pensez-vous que les transmissions entre les différents professionnels (psychologues, assistantes sociales, IDE) puissent optimiser la poursuite des soins ?

- Oui
- Non

B. PERIODE CONJOINTE DE SUIVI

1° Êtes-vous favorable à une période conjointe de suivi ?

- Oui
- Non

2° Combien de temps doit-elle durer selon vous ?

- Inférieure à 1 mois
- Entre 1 et 3 mois
- Entre 3 et 6 mois
- Supérieure à 6 mois

C. RETOUR SUR LE SUIVI PSYCHIATRIQUE EN SECTEUR ADULTE

1° Êtes-vous favorable à ce dernier ?

- Oui
- Non

2° De quelle manière préféreriez-vous qu'il se mette en place ?

- Téléphone
- Mail
- Courrier
- Fax
- Autre : ...

3° A quel moment de la prise en charge par le psychiatre adulte, pensez-vous qu'il soit judicieux ?

- 3 mois après la fin du suivi avec le pédopsychiatre
- 6 mois après la fin du suivi avec le pédopsychiatre
- 12 mois après la fin du suivi avec le pédopsychiatre
- 24 mois après la fin du suivi avec le pédopsychiatre
- Autres : ...

4° Quelles informations souhaiteriez-vous y voir figurer ?

- Présentation clinique du patient
- Modalités actuelles de prise en charge (fréquence du suivi, intervenants autres que le psychiatre adulte, éventuelle rupture du suivi, ...)
- Modification thérapeutiques éventuelles
- Recours éventuel à une hospitalisation (motif, mode, ...)
- Projets en cours ou effectifs pour le patient
- Autres : ...

QUESTIONNAIRE SUR LE RELAIS DE SOINS ENTRE PEDOPSYCHIATRIE ET PSYCHIATRIE ADULTE EN AMBULATOIRE

Questionnaire
remis au
Psychiatre adulte

I / PROFIL DU PROFESSIONNEL

1° Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

2° Votre tranche d'âge :

- Moins de 40 ans
- Entre 40 et 49 ans
- Entre 50 et 59 ans
- 60 ans et plus

3° Vous travaillez :

- En CMP
- Dans une structure hospitalière (temps complet ou hôpital de jour)
- En libéral

4° Vous exercez dans votre bassin de santé depuis :

- Moins de 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Entre 10 et 20 ans
- Plus de 20 ans

5° Quelle est la proportion des 16-18 ans parmi les patients que vous prenez en charge actuellement ? :

- Inférieure à 5 %
- Entre 5 et 15 %
- Entre 15 et 30 %
- Supérieure à 30 %

6° Combien de nouveaux patients âgés de 16 à 18 ans, avez-vous été amené à prendre en charge au décours de votre exercice dans le bassin de santé actuel ?

- Inférieure à 5
 - Entre 5 et 15
 - Entre 15 et 30
 - Supérieure à 30
- approximativement : ...

II / EN PRATIQUE

CONCERNANT LES JEUNES ADULTES AYANT EU RECOURS AUX SERVICES DE PEDOPSYCHIATRIE

1° Dans quel contexte, les recevez-vous en première consultation ?

- Demande du pédopsychiatre

0 _____ 25 _____ 50 _____ 75 _____ 100 %

- Demande du médecin traitant

0 _____ 25 _____ 50 _____ 75 _____ 100 %

- Demande de la famille

0 _____ 25 _____ 50 _____ 75 _____ 100 %

- Demande du médecin de la structure médico-sociale dans laquelle le patient est pris en charge

0 _____ 25 _____ 50 _____ 75 _____ 100 %

- Demande du jeune adulte stabilisé

0 _____ 25 _____ 50 _____ 75 _____ 100 %

- Au cours d'une décompensation de sa pathologie (signalement, passage au CAP, sortie d'hospitalisation)

0 _____ 25 _____ 50 _____ 75 _____ 100 %

2°a. Lorsqu'ils vous sont adressés par le pédopsychiatre, dans quelles proportions bénéficiez-vous d'une information écrite ?

0 _____ 25 _____ 50 _____ 75 _____ 100 %

2°b. Lorsque vous en bénéficiez, en êtes-vous satisfait ?

- Tout à fait satisfait
 Satisfait
 Assez satisfait
 Peu satisfait
 Pas du tout satisfait
 Ne se prononce pas

3°a. Lors de la première consultation médicale au CMP, dans quelle proportion le jeune adulte vient-il accompagné ?

0 _____ 25 _____ 50 _____ 75 _____ 100 %

3°b. Lorsqu'il est accompagné, de qui s'agit-il majoritairement ?

- La famille
- L'équipe soignante de pédopsychiatrie
- Les partenaires sociaux

4°a. Dans quelle proportion, une période conjointe de suivi a-t-elle lieu avec l'équipe de pédopsychiatrie lorsqu'il vous l'adresse ?

0 _____ 25 _____ 50 _____ 75 _____ 100 %

4°b. Lorsqu'elle a lieu, combien de temps dure-t-elle généralement ?

- Inférieure à 1 mois
- Entre 1 et 3 mois
- Entre 3 et 6 mois
- Supérieure à 6 mois

5°a. Souhaitez-vous que la mesure de protection (si celle-ci apparaît nécessaire) soit effectuée avant la transition, par le pédopsychiatre qui vous adresse le jeune adulte ?

- Oui
- Non

5°b. Dans quelle proportion, est-ce le cas dans votre pratique ?

- Inférieure à 10 %
- Entre 10 et 30 %
- Entre 30 et 50 %
- Supérieure à 50 %

6°a. Quelle proportion de ces patients ne suivez-vous plus à 3 mois du dernier rendez-vous avec le pédopsychiatre ? :

0 _____ 25 _____ 50 _____ 75 _____ 100 %

6°b. Quelles en sont les raisons principales ?

- Perdus de vue
- Pris en charge par un professionnel paramédical de la structure
- Pris en charge en libéral
- Patient ne nécessitant plus de suivi
- Autres : ...

7° Êtes-vous satisfait des transitions effectuées au cours de votre exercice ?

- Tout à fait satisfait
- Satisfait
- Assez satisfait
- Peu satisfait
- Pas du tout satisfait
- Ne se prononce pas

III / POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE

A. EN AMONT DU RELAIS THERAPEUTIQUE

1° Seriez-vous favorable à la mise en place d'un protocole pour faciliter la transition entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte ?

- Oui
- Non

2° De quelle manière préféreriez-vous que se déroule la prise de contact avec l'équipe de pédopsychiatrie afin qu'un relais se mette en place ?

- Téléphone
- Mail
- Courrier
- Fax
- Réunion d'équipe
- Autre : ...

3° Quelles informations souhaiteriez-vous voir apparaître sur la demande de relais ?

- Identification du patient
- Identification du pédopsychiatre
- Motif du relais
- Regroupement diagnostique général
- Motif initial de la prise en charge
- Histoire des troubles
- Examens complémentaires réalisés
- Historique des traitements et traitements en cours
- Modalités de la prise en charge actuelle (fréquence, intervenants...)
- Dynamique familiale
- Situation sociale (MDPH, mesure de protection)
- Projets effectués
- Projets envisagés
- Autres : ...

4° Pensez-vous que les transmissions entre les différents professionnels (psychologues, assistantes sociales, IDE) puissent optimiser la poursuite des soins ?

- Oui
- Non

B. PERIODE CONJOINTE DE SUIVI

1° Êtes-vous favorable à une période conjointe de suivi ?

- Oui
- Non

2° Combien de temps doit-elle durer selon vous ?

- Inférieure à 1 mois
- Entre 1 et 3 mois
- Entre 3 et 6 mois
- Supérieure à 6 mois

C. RETOUR SUR LE SUIVI PSYCHIATRIQUE EN SECTEUR ADULTE

1° Êtes-vous favorable à ce dernier ?

- Oui
- Non

2° De quelle manière préféreriez-vous qu'il se mette en place ?

- Téléphone
- Mail
- Courrier
- Fax
- Autre : ...

3° A quel moment de la prise en charge par le psychiatre adulte, pensez-vous qu'il soit judicieux ?

- 3 mois après la fin du suivi avec le pédopsychiatre
- 6 mois après la fin du suivi avec le pédopsychiatre
- 12 mois après la fin du suivi avec le pédopsychiatre
- 24 mois après la fin du suivi avec le pédopsychiatre
- Autres : ...

4° Quelles informations souhaiteriez-vous y voir figurer ?

- Présentation clinique du patient
- Modalités actuelles de prise en charge (fréquence du suivi, intervenants autres que le psychiatre adulte, éventuelle rupture du suivi, ...)
- Modification thérapeutiques éventuelles
- Recours éventuel à une hospitalisation (motif, mode, ...)
- Projets en cours ou effectifs pour le patient
- Autres : ...

FICHE DE PROJET DE SOINS

NOM du pédopsychiatre :		
Structure :		
Coordonnées :	Tel :	Mail :

Identification du patient

NOM, Prénom :		
Date de naissance :		
Coordonnées :	Tel :	Adresse :
Motif de la demande de relais :		

Histoire des troubles

Date de début des troubles :	
Date de début de prise en charge :	
Motif initial de prise en charge :	
Atcd éventuels d'hospitalisation : (joindre comptes- rendu)	

Contexte socio-familial

Mode de vie, Eléments biographiques	
Personnes - ressources (coordonnées)	
Antécédents et comorbidités somatiques	
Antécédents familiaux éventuels	
Scolarité et/ou profession	
Mesure de protection	
MDPH (allocation/ orientation)	
Suivi socio-éducatif éventuel (MSD, AED, AEMO, placement...)	

Modalités de la prise en charge actuelle

	Nom	Coordonnées	Date début	Commentaires éventuels (fréquence)
Pédopsychiatre				
Psychologue				
Psychomotricien/ Ergothérapeute/ Orthophoniste				
Médecin traitant				
IDE libérale				
Structures hospitalières éventuelles (CATTP, HDJ...)				
Structures socio-éducatives éventuelles (SESSAD, IME, ITEP...)				
Autres				

Projets antérieurs

	Dates	Motif initial	Motif d'arrêt

Projets actuels

	Date de Demande	Motif	Raisons pour lesquelles ils n'ont pas encore abouti (âge requis, délai...)

Projets souhaités par le jeune et/ou sa famille

--

Examens complémentaires réalisés

	Date	Résultats ou commentaires éventuels
Bilan biologique		
ECG		
EEG		
IRM cérébrale		
Évaluation pédiatrique		
Bilan psychométrique		
Tests projectifs		
Bilan génétique		
Autres		

Traitements médicamenteux

Actuels

	Date début	Motif d'introduction	Posologie actuelle	Posologie maximale	Commentaires éventuels (notamment évocation APAP)

Antérieurs

	Date début	Motif d'introduction	Posologie maximale	Date fin	Motif d'arrêt

Troubles psychiques ayant motivé la prise en charge actuelle du patient

(Hypothèses diagnostiques et comorbidités selon la classification CIM 10)

Quels termes ont été utilisés auprès du patient et de sa famille concernant ces hypothèses ?

Informations complémentaires

RETOUR SUR LE SUIVI PSYCHIATRIQUE EN SECTEUR ADULTE

NOM du psychiatre :	
Structure :	

Identification du patient

NOM, Prénom :	
Date de naissance :	

Descriptif de la prise en charge actuelle du patient

Présentation clinique actuelle :	
Modalités actuelles de prise en charge : (fréquence du suivi, intervenants autres que le psychiatre adulte, éventuelle rupture du suivi, ...)	
Modifications thérapeutiques éventuelles	
Recours éventuel à une hospitalisation (motif, mode, ...)	
Projets en cours ou effectifs pour le patient	

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Collaboration entre pédopsychiatres et psychiatres d'adultes

pour une amélioration du relais de prise en charge de l'adolescent en ambulatoire

Etude observationnelle des relais effectués dans les Alpes-Maritimes et Proposition de protocole

Introduction

A la frontière entre pédopsychiatrie et psychiatrie d'adultes, la question du relais du jeune adulte présentant des troubles psychiques durables se pose pour les deux versants de la profession. Le risque majeur d'un manque de coordination entre ces équipes étant la rupture de soins du jeune patient.

Le but de ce travail était d'évaluer la qualité des relais effectués au niveau local, la motivation des praticiens à une amélioration des pratiques ; et par la représentation qu'ils ont d'un relais optimal, d'aider à la création d'outils permettant de faciliter celui-ci.

Méthodes

Des questionnaires ont été élaborés et remis aux praticiens travaillant en ambulatoire des secteurs i02 à i05 de pédopsychiatrie et des secteurs 4 à 13 de psychiatrie de l'adulte, entre avril et septembre 2017.

La qualité des relais était évaluée à partir des 4 critères de relais optimal de l'équipe du Pr Singh, à savoir la présence d'une information écrite, la planification d'une consultation de relais, la présence d'une période conjointe de suivi et la poursuite du suivi 3 mois après la fin de prise en charge par l'équipe de pédopsychiatrie.

L'analyse statistique a été réalisée à partir d'Excel 2016.

Résultats

Au total, 25 pédopsychiatres (PP) et 25 psychiatres d'adultes (PA) ont participé à l'enquête.

L'information écrite était présente avec une médiane de 50% des relais effectués par le PA (écart interquartile : EQ : 60). L'adolescent bénéficiait d'un accompagnement pour une médiane de 75% des relais effectués par le PA (EQ : 37.5) et l'accompagnant principal était un référent de l'équipe de pédopsychiatrie selon 34.78% des PA. Une période transitoire de suivi conjoint a eu lieu avec une médiane de 15%, EQ : 21.5 (PP) – 13.75%, EQ : 48.75 (PA) des relais effectués par les praticiens. Un arrêt du suivi à 3 mois par le secteur adulte était observé avec une médiane de 25% des relais effectués par le PA (EQ : 35).

96% des PP et 88% des PA interrogés étaient favorables à la mise en place d'un protocole pour faciliter le relais.

Conclusion

Les résultats de l'étude sont en accord avec ceux retrouvés dans la littérature. Les marqueurs semblent améliorables de par la motivation constatée des praticiens au cours de l'enquête et l'absence d'outils pré-existant jusqu'à ce jour en pratique courante dans le département. A partir des résultats de l'enquête, ont été élaboré une fiche de projet de soins et un formulaire de retour d'informations par le secteur adulte, s'inscrivant dans une proposition de protocolisation du relais avec pour perspective une évaluation à distance de ce dernier.

Mots clefs :

Jeunes adultes, pédopsychiatrie, psychiatrie d'adultes, relais de soins, évaluation des pratiques, amélioration des pratiques