



HAL
open science

La transition des soins de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte

Valentine Cloux

► **To cite this version:**

Valentine Cloux. La transition des soins de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte. Psychiatrie et santé mentale. 2019. dumas-02278245

HAL Id: dumas-02278245

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02278245>

Submitted on 4 Sep 2019

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.



UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

N ° 2019 - 33

Année 2019

**LA TRANSITION DES SOINS DE LA PEDOPSYCHIATRIE A LA
PSYCHIATRIE ADULTE**

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Spécialité : PSYCHIATRIE

Présentée et soutenue publiquement le 23 avril 2019

Par **Valentine Cloux**

PRESIDENT DU JURY :

Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILÉ

MEMBRES DU JURY :

Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE

Monsieur le Professeur Jean-Daniel LALAU

Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT

DIRECTEUR DE THESE :

Madame le Docteur Nadia MESSAOUDI

DEDICACES

Au Président de Jury,

Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILLE

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Pédopsychiatrie)

Coordonnateur du DES de psychiatrie

*Je vous remercie de m'avoir accepté au sein de votre service, de m'avoir fait confiance et de
m'avoir accompagné tout au long de mon Internat.*

Je vous remercie également pour la qualité de votre enseignement universitaire.

Vous avez toujours su vous montrer disponible et bienveillant.

Vous me faites l'honneur et le plaisir d'être le Président de mon Jury de Thèse.

Veillez recevoir mes remerciements et l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Rhumatologie)

Chef du service de Rhumatologie

Pôle "Autonomie"

*Vous me faites l'honneur de votre présence pour ma thèse. Veuillez trouver ici l'expression de
ma profonde gratitude*

A Monsieur le Professeur Jean-Daniel LALAU

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Nutrition)

Chef du Service Endocrinologie, maladies métaboliques et nutrition

Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et
endocrinologie" (D.R.I.M.E)

*Vous me faites le plaisir et l'honneur d'évaluer ce travail. Veuillez recevoir l'expression de
ma gratitude et de mon profond respect.*

A Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Psychiatrie Adultes

Vous avez aimablement accepté de juger ce travail. Très sensible à cet honneur, je vous prie ici de trouver l'expression de mes remerciements. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Médecine interne

Vous me faites l'honneur de siéger parmi les membres de ce jury, Veuillez trouver ici le témoignage de ma plus grande reconnaissance.

A Madame le Docteur Nadia MESSAOUDI

Praticien Hospitalier

*Nadia, je ne pourrais jamais assez te remercier pour ton accompagnement
Merci pour ta patience, ta disponibilité, ta rigueur et ta bonne humeur
Merci d'avoir partagé ce moment si important avec moi*

REMERCIEMENTS

A Cédric, merci de ton amour et de ton soutien en toutes circonstances, rien n'aurait été possible sans toi.

A Adam, mon fils : mon chéri d'amour que j'aime « plus que tout et pour toujours ». Du haut de tes 5 ans tu as fait preuve d'une grande patience durant la préparation de ce travail, qui me rend d'autant plus fière d'être ta maman.

A Alice, ma fille : ma didi poupette d'amour que j'aime à la folie. Ton sourire et tes espiègleries (de tous les instants) me donnent tellement de bonheur.

A mes parents, pour votre amour et votre présence. Votre accompagnement durant ce parcours m'a permis d'en arriver là ! Je vous dédie cette Thèse. Merci d'être des grands parents si exceptionnels

A Camille, ma sœur, présente à tous les instants et depuis toujours (enfin ta naissance !), merci de ton soutien durant la préparation de ce travail et merci d'être une (petite) sœur :) et une tatie si formidable

A Alain et Mona, pour votre encouragement et votre accompagnement depuis toutes années et celles à venir.

A mes beaux-parents, pour votre soutien, votre gentillesse, et votre présence. Merci de m'avoir accueilli au sein de votre famille si formidable

A ma belle-sœur Laurie et mon beau-frère JB, pour votre joie de vivre et tous les moments passés ensemble et à venir !

A Alexis et Chloé, mon neveu et ma filleule : merci de m'avoir fait découvrir le rôle de tatie. Je vous aime tant !

A Papy et Mamie, les merveilleux moments passés ensemble resteront présents pour toujours. Merci pour tout

A Minnie : ta passion du soin a toujours été une source d'inspiration. Je pense à toi et je sais que tu apprécies ce travail

A mon grand-père disparu trop tôt : je sais que tu es fier de moi

A mes oncles et tantes, Célia : ma cousine, pour votre présence et votre soutien

A Serge, Sandrine, Alexandre (chtio brother) et Anne-Laure, pour les excellents souvenirs communs et les instants (comiques) partagés durant ces nombreuses années. Vous faites partie de la famille.

A Amine, Marie, Kamil et Manel, pour vos encouragements tout au long de ce travail. Ca y est je vous rejoins maintenant !

A Ludivine, Sophie et Fanny, pour les souvenirs mémorables de ces premières années d'étude

A Emma, pour ta présence tout au long de ces années et nos diners au 7. Ton départ d'Amiens m'attriste mais ton bonheur présent me fait tant plaisir

A mes co-internes d'Amiens : Hélène, Camille, Alexandre, Valérie, Marc votre soutien et votre bonne humeur m'ont été précieux tout au long de ce cursus

A Harmony, ma co interne de choc durant ces six derniers mois : ta joie de vivre et ton soutien de tous les instants m'ont permis de mener à bien ce travail !

Aux équipes médicales et paramédicales du Centre Hospitalier Philippe Pinel, pour votre accueil et votre savoir. J'ai passé d'excellents semestres à vos côtés

Aux équipes médicales et paramédicales du Centre Hospitalier d'Abbeville avec qui je vais avoir le plaisir de travailler au quotidien

A la MDA d'Amiens, pour votre bonne humeur et les discussions enrichissantes. Votre aide pour mes travaux de Mémoire comme de Thèse m'a été précieuse

SOMMAIRE

I.INTRODUCTION	16
A. Contexte	16
B. La transition de soins de la pédopsychiatrie vers la psychiatrie adulte	17
B.1. Définition	17
B.2. Objectifs	17
B.3. Limite d'âge	17
B.4. Contexte de la transition de soins	18
B.5. Difficultés liées à la transition de soins	18
B.6. Place des différents acteurs impliqués dans la transition de soins	19
B.7. Risques liés à la transition de soins	20
B.8. Facteurs prédictifs d'une transition de soins réussie	20
B.9. La transition de soins dite « optimale »	21
C. Présentation des structures de soins en pédopsychiatrie	21
D. Données épidémiologiques	22
D.1. L'adolescence	22
D.2. La transition des soins	22
E. Objectifs	23
II.MATERIEL ET METHODES	24
A. Type de l'étude	24
B. Recueil des données	24
C. La Commission nationale de l'informatique et des libertés de France	24
D. Population étudiée	24
D.1. Critères d'inclusion	24
D.2. Structures de soins incluses	25
E. Variables étudiées	26
E.1. Variables concernant la population d'étude	26
E.2. Variables concernant le relai de soins	27
E.3. Le suivi des patients	27
E.3.1. Devenir des patients	27
E.3.2. Type de prise en charge en psychiatrie adulte	27
E.3.3. Délai de prise en charge	28
F. Analyse des données	28
III. RESULTATS	28
A. Population d'étude	28
B. Répartition des patients selon les données socio-démographiques	29

B.1 Répartition des patients selon le sexe	29
B.2 Répartition des patients selon le lieu de vie	29
C. Répartition des patients selon le type de prise en charge	31
D. Prise en charge à la MDA	32
E. Répartition des patients selon le diagnostic	32
F. Répartition des patients de la population d'étude (N=2015) en fonction du diagnostic CIM 10 et du type de prise en charge	33
F.1 Hospitalisation complète	33
F.2 Hôpital de Jour	33
F.3 Suivi ambulatoire	33
F.4 Maison des Adolescents	34
G. Antécédents	35
G.1 Antécédents personnels	35
G.1.1. Antécédents somatiques	35
G.1.2. Antécédents psychiatriques	35
G.1.3. Antécédents addictologiques	35
G.2 Antécédents familiaux	36
G.2.1 Antécédents somatiques	36
G.2.2 Antécédents psychiatriques	36
G.2.3 Antécédents addictologiques	36
H. Suivi du patient	36
I. Traitements pharmacologiques	36
J. Relai de soins en psychiatrie adulte	38
J.1. Transition de soins programmée	38
J.1.1. Transition de soins programmée et caractéristiques socio-démographiques	39
J.1.2. Transition de soins programmée et diagnostics	39
J.1.3. Transition de soins programmée et antécédents	39
J.1.4. Transition de soins programmée et type de suivi du patient	39
J.1.5 Transition de soins programmée et traitements pharmacologiques	40
J.1.6 Transition de soins programmée et prise en charge selon les structures	40
J.2 Transfert de soins « non programmé »	40
J.2.1. Transfert de soins « non programmé » et diagnostics	40
J.2.2. Transfert de soins « non programmé » et traitements	40
J.2.3. Transfert de soins « non programmé » et 1^{er} contact avec la psychiatrie adulte	40
K. Conséquences de la transition de soins optimale et du transfert de soins sur le suivi et la prise en charge des patients en psychiatrie adulte	43
K.1. Le suivi des patients	43

K.2. Recours aux urgences	43
K.3. Recours à l'hospitalisation complète	43
K.4. Prise en charge en chambre d'isolement thérapeutique	43
K.5. Délai de prise en charge	43
IV. DISCUSSION	44
A. Population étudiée	44
A.1. Evolution de la population d'étude	44
A.1.1. Nombre de patients	44
A.1.2. Caractéristiques socio-démographiques de la population	45
A.1.3. Prise en charge des patients	47
A.1.4. Diagnostics et lieu de prise en charge	47
B. La transition de soins vers la psychiatrie adulte	48
B.1. Absence de protocole de soins	48
B.2. Faible taux de relai de soins	49
B.3. Transition de soins programmée « optimale »	50
B.3.1 Synthèse entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte	50
B.3.2. La transmission des données	50
B.3.3. Entretiens familiaux	51
B.3.4. Présentation du patient en psychiatrie adulte	52
B.3.5. Période de soins parallèles	52
B.3.6. Le leadership ou référent médical	53
B.4. Implication du patient dans la transition de soins « programmée »	53
B.5. Amélioration de la collaboration et de la formation des professionnels impliqués dans la transition de soins	54
B.6. La limite de l'âge dans la transition de soins	55
C. Facteurs prédictifs d'un relai de soins	56
C.1. Place de l'entourage familial dans la transition de soins	56
C.2. L'Aide Sociale à l'Enfance et la transition de soins	57
C.3. Antécédents psychiatriques et suivi dans la transition de soins	59
C.3.1. Antécédents psychiatriques dans la transition de soins	59
C.3.2. Suivi dans la transition de soins	59
C.4. Traitements pharmacologiques en pédopsychiatrie et transition de soins « programmée »	59
C.5 La Transition de soins programmée selon le diagnostic	61
C.4.1. Le syndrome dépressif	61
C.4.2. Les troubles névrotiques	62
C.4.3. Troubles de la personnalité	62

C.4.4. Troubles du comportement et troubles émotionnels	63
C.4.5. Les intoxications médicamenteuses volontaires	63
C.4.6. Les troubles du développement psychologique	64
C.4.7. Trouble de l'usage et dépendance des substances psycho-actives (SPA).....	65
C.4.8. Le trouble du comportement alimentaire.....	67
D. Le transfert de soins « non programmé »	68
D.1. Déroulement du transfert de soins « non programmé »	68
D.2. Facteurs prédictifs d'un transfert de soins « non programmé »	68
E. Conséquences du relai de soins sur la prise en charge en psychiatrie adulte	69
E.1. Le suivi des patients.....	69
E.2. Recours aux hospitalisations complètes et aux services d'urgence	69
E.3. Délai de prise en charge.....	70
F. Axes d'amélioration	71
F.1. Unités spécifiques dédiées à la transition	71
F.2. Place de la Maison des Adolescents dans la transition	71
F.2.1. La MDA dans la transition du « devenir adulte ».....	71
F.2.2. La MDA dans le processus de fin de prises en charge en pédopsychiatrie	72
F.2.3. La MDA dans l'accompagnement vers les soins	72
F.2.4. La MDA dans la transition de soins de la pédopsychiatrie vers la psychiatrie adulte	73
F.3. Place des équipes mobiles de pédopsychiatrie dans la transition de soins	74
F.4. Initiatives locales	75
G. Limites de l'étude	77
V.CONCLUSIONS.....	77
BIBLIOGRAPHIE	80

FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 : Structures de soins de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte incluses dans l'étude.....	26
Figure 2 : Évolution de la population durant la période d'étude.....	29
Tableau 1 : Répartition et évolution de la population d'étude selon les données socio-démographiques des patients	30
Figure 3 : Évolution de la population d'étude selon le sexe des patients.....	30
Tableau 2 : Répartition des patients selon le type de prise en charge.....	31
Tableau 3 : Répartition des patients en fonction du diagnostic CIM-10.....	33
Figure 4 : Répartition de la population d'étude selon les diagnostics CIM-10.....	34
Tableau 4 : Répartition des patients de la population d'étude (N=2015) en fonction du diagnostic CIM-10 et du type de prise en charge.....	35
Tableau 5 : Répartition des patients selon les données d'anamnèse (N=2015).....	37
Figure 5 : Répartition des patients de la population d'étude en fonction du traitements pharmacologiques.....	37
Tableau 6 : Répartition des patients selon le type du relai de soins en psychiatrie adulte.....	38
Tableau 7 : Transitions de soins « programmée » et transfert de soins « non programmé » en fonction des critères de transition « optimale »	39
Tableau 8 : Transitions de soins « optimale » en fonction des caractéristiques socio-démographiques, parcours de soins et prise en charge des patients.....	41
Tableau 9 : Transfert de soins « non programmé » en fonction des caractéristiques socio-démographiques, parcours de soins et prise en charge des patients.....	42
Tableau 10 : Conséquences de la transition de soins « optimale » et du transfert de soins « non programmé » sur le suivi et la prise en charge des patients en psychiatrie adulte.....	44

ABBREVIATIONS

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CAMHS : Child Adolescent Mental Health Service

CATTP : Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel

CHPP : Centre Hospitalier Philippe Pinel

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CJC : Consultation des Jeunes Consommateurs

CMP : Centre Médico Psychologique

ELSA : Equipe de Liaison de Soins en Alcoologie

EMP : Equipe Mobile de Pédopsychiatrie

HDJ : Hôpital De Jour

MDA : Maison des Adolescents

OFDT : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies

PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse

SPA : Substances psycho actives

TCA : Trouble du Comportement Alimentaire

TDAH : Trouble du Déficit de l'Attention avec Hyperactivité

TRACK : Transition of Care from Child and Adolescent Mental Health Service to Adult
Mental Health Services

UMA : Unité de Médecine de l'Adolescent

RESUME

Introduction : La transition des soins de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte est à risque de rupture dans le parcours de soin. Des critères de transition optimales sont décrits. L'objectif principal était de réaliser un état des lieux de la transition de soins au sein des structures de pédopsychiatrie amiénoises. Les objectifs secondaires étaient de définir les facteurs prédictifs d'une transition programmée et les conséquences d'un transfert non programmé.

Matériel et Méthode : étude rétrospective observationnelle descriptive. Les patients inclus étaient âgés de 17 ans et suivis dans l'ensemble des structures de pédopsychiatrie amiénoises. Le devenir a été étudié à un an, deux ans et à trois ans pour les patients ayant bénéficié d'un relai de soins en psychiatrie adulte.

Résultats : 174 patients ont été inclus dans l'étude, 4% ont bénéficié d'une transition de soins programmée, 7,5% ont bénéficié d'un transfert de soins non programmé. 100% des transitions de soins programmées respectaient des critères optimaux et permettaient un maintien du suivi de l'ensemble des patients à 3 ans ($p < 10^{-3}$). Le recours à l'hospitalisation en psychiatrie adulte, aux services d'urgence et à la chambre d'isolement étaient plus fréquents dans les transitions de soins non programmées.

Conclusion : Plusieurs axes d'amélioration sont à prévoir : instaurer un protocole pour les transitions de soins, meilleure collaboration entre la psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie, formation spécifique à la clinique de l'adolescence, création d'unités spécifiques, implication de la MDA et des équipes mobiles de pédopsychiatrie.

Mots clés : Transition aux soins adultes, Psychiatrie adolescent, Maison des Adolescents, Collaboration intersectorielle, Equipe Mobile de Pédopsychiatrie

ABSTRACT

Introduction : Transition of cares from child psychiatry to adult psychiatry is at risk of a break in the care pathway. Optimal transition criteria are described. The main goal was to carry out an inventory of the transition of cares in the Amiens child psychiatry structures. Side goals were to define predictive factors of a programmed transition of cares and the consequences of a non programmed transition of cares.

Materiel and method : descriptive and observational retrospective study. Patients included were 17 years old and followed up in Amiens child psychiatry structures. The becoming has been checked up at 1, 2 and 3 years for the patients who had been given a relay of cares in adult psychiatry.

Results : 174 patients have been included in the study. 4% received a programmed transition of cares, 7,5% received a non programmed transition of cares. 100% of the programmed transition of cares respected optimal criteria and allowed follow up of all patient to be maintained at 3 years ($p < 10^{-3}$). The use of adult psychiatric hospitalization, of emergency service and of the isolation room was more frequent in the non programmed transitions of cares.

Conclusion : improvement areas are to be scheduled : better collaboration between adult psychiatry and child psychiatry, a specific training at the adolescent clinic, the creation of specific units, the implication of the Maison des Adolescents and the mobile child psychiatric teams.

Key words : transition to adult cares, adolescent psychiatry, Maison des Adolescents, intersectoral collaboration - Child psychiatry mobile team

I.INTRODUCTION

A. Contexte

La transition de soins en psychiatrie a été étudiée dans de nombreux pays avec plusieurs travaux de grande ampleur mais reste encore peu explorée en France. Elle constitue un problème international de santé publique, alors qu'elle devrait être au contraire un moment de renforcement des soins, compte tenu des difficultés rencontrées lors de cette période. (1–4).

La transition de soins en somatique est également un problème majeur de santé publique en France. Le risque principal de l'absence de transition est comme en psychiatrie une rupture des soins faute de moyens mis en place. A titre d'exemple, en 2013, 47% des patients atteints d'une insuffisance cardiaque congénitale suivis en pédiatrie, n'avaient plus de suivi régulier à partir de 17 ans (5).

Cette période de transition de soins entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte se produit durant un cycle sensible et critique du développement de l'individu : l'adolescence qui elle-même, est une période de transition vers le devenir adulte (6). Durant ce laps de temps, on note une difficulté de l'accès aux soins psychiatriques. Les adolescents se trouvant trop âgés pour la pédopsychiatrie et trop jeunes pour la psychiatrie adulte (7–14). Cette difficulté d'accès aux soins durant l'adolescence est d'autant plus problématique qu'il s'agit d'une période critique concernant le développement des pathologies psychiatriques et des comportements addictifs (avec ou sans produits) (14–17). Selon plusieurs études européennes, 75% des pathologies mentales se déclenchent durant l'enfance ou l'adolescence. (19–21). De même, de nombreuses études psychiatriques de grande ampleur comme l'étude NESARC aux Etats-Unis (22) ont démontré un lien entre troubles psychiatriques et conduites addictives (23,24). Les troubles psychiatriques les plus souvent associés aux addictions sont les pathologies dépressives, les troubles bipolaires, les pathologies anxieuses, la schizophrénie et certains troubles de la personnalité (25).

La période de transition des soins de la pédopsychiatrie vers la psychiatrie adulte reste une période non protocolisée et se façonne plutôt au cas par cas au gré des initiatives locales. Elle peut se dérouler de deux façons, soit dans l'urgence en orientant vers les soins adultes un adolescent suivi initialement en pédopsychiatrie ou de façon programmée en étant organisée en amont et en obéissant à un impératif administratif ou institutionnel comme l'âge du patient à titre d'exemple (19).

B. La transition de soins de la pédopsychiatrie vers la psychiatrie adulte

B.1. Définition

La transition de soins de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte se définit comme le relai entre les soins en pédopsychiatrie et en psychiatrie adulte. Elle correspond à une période sensible faite de risques mais aussi d'enjeux. Elle nécessite l'implication des professionnels des deux entités et se diffère du transfert qui lui, représente uniquement l'aspect administratif (26).

B.2. Objectifs

Les objectifs de la transition de soins sont d'assurer la continuité des soins, de maintenir le lien avec le patient et d'éviter l'aggravation de la pathologie. Elle nécessite un accompagnement des professionnels des deux entités de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte (19). Cette transition de soins psychiatriques s'impose de par la nature de certaines pathologies et a pour but d'accompagner et d'anxiolyser le patient et son entourage face à de nouvelles situations et étapes de soins en fonction du vécu et de la pathologie de chaque adolescent (1).

B.3. Limite d'âge

La limite d'âge concernant la transition de soins vers la psychiatrie adulte reste un sujet de questionnements pour les professionnels concernés (27). La limite d'âge fréquemment évoquée en pédiatrie, concernant le relai vers l'hospitalisation en soins adultes, est de 15 ans et 3 mois. Elle ne correspond à aucune loi ni aucune recommandation mais relève d'une circulaire interne de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (1983) pour délimiter la prise en charge en pédiatrie (28).

En psychiatrie, la limite d'âge de 17 ans a été définie comme limite inférieure nécessaire pour une prise en charge en psychiatrie adulte par une circulaire ministérielle de 1992 (29). Ainsi un patient âgé de moins de 17 ans ne peut selon cette circulaire bénéficier d'une prise en charge en psychiatrie adulte. En parallèle, en pédopsychiatrie, il n'existe pas de limite d'âge maximale pour la prise en charge (30).

Le rapport Laforcade du Ministère de la Santé (2016) traitant du Soins en Santé Mentale (31), recommandait de repousser la limite d'âge de prise en charge en psychiatrie adulte à 18 ans. Cependant du fait de l'organisation en secteur des services de psychiatrie et du manque de clarté concernant la limite d'âge, les adolescents peuvent bénéficier des soins à la fois au niveau des

structures de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte. En pratique on retrouve des prises en charge de patients en pédopsychiatrie ambulatoire pouvant aller jusqu'à l'âge de 25 ans (27).

B.4. Contexte de la transition de soins

Le premier motif justifiant la transition de soins est l'âge : 17 ans (1). Cette limite reste flexible compte tenu du manque de protocolisation à l'heure actuelle (32). De plus cette limite d'âge n'est issue d'aucune recommandation officielle.

Plusieurs facteurs justifient une transition de soins de la psychiatrie infantile à la psychiatrie adulte (16):

- La sévérité de la pathologie psychiatrique, qui reste l'élément principal, (une schizophrénie, ou un trouble bipolaire avec antécédents d'hospitalisation par exemple).
- Le traitement médicamenteux ou encore les antécédents familiaux de troubles psychiatriques.
- La situation de précarité sociale telle que le recours à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) ou encore à la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ).

La transition de soin entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte ne répond à aucun protocole elle est en général présentée au patient et son entourage comme une nécessité sans être associée à un travail de réflexion et de préparation en amont et sans prendre en compte la relation de soins (32).

Parmi les patients suivis en pédopsychiatrie, tous ne répondent pas aux critères précités mais peuvent néanmoins nécessiter une transition en soin adulte psychiatrique (33).

B.5. Difficultés liées à la transition de soins

Plusieurs barrières pour le déroulement d'une transition « optimale » sont retrouvées dans la Littérature (1) :

- Un manque d'évaluation du projet de soin de chaque patient.
- Les échanges et partages d'informations insuffisants entre les professionnels de psychiatrie infantile et adulte.
- Les différences de fonctionnement entre les structures de soins adultes et infantiles.
- L'absence de protocole de soin partagé et spécifique à la transition.
- Les spécificités liées à l'adolescence et la résistance des familles au processus de transition.

Cependant l'obstacle principal retrouvé dans la Littérature réside dans la difficulté de trouver un relai en psychiatrie adulte compte tenu des difficultés actuelles de démographie médicale en psychiatrie adulte (34).

En 2018, l'étude menée en France par Bonano et al., mettait en avant l'absence de plan d'action et de coordination institutionnelle entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte avec une difficulté du suivi des patients lors de cette phase de transition (35).

B.6. Place des différents acteurs impliqués dans la transition de soins

La transition de soins en psychiatrie implique plusieurs intervenants à savoir, le patient lui-même, son entourage et les équipes soignantes qui ressentent cette transition de différentes manières (7).

Dans la littérature, les patients décrivaient la transition comme un obstacle dans le parcours de soins et sa continuité (7,20,34). On retrouvait également l'accentuation de la sensation de vulnérabilité chez les patients qui entraîne une difficulté d'accès à l'autonomie. Les adolescents décrivaient également un vécu d'abandon avec l'impression que l'accompagnement initial disparaît au moment de la transition de soins (26). A l'image de transition des adolescents vers l'âge adulte, la transition de soins s'accompagne d'ambivalence chez les adolescents concernés (36).

L'étude européenne de 2017 réalisée par Broad et all. (20), portant sur 255 participants âgés de 16 à 27 ans, a montré que seule 23% de la population étudiée estimait aidant le service adulte lors de leur passage de relai. L'étude Suédoise de l'équipe de Lindgren et all. menée en 2013, renforçait ces données (26).

L'entourage des patients décrivait un fort vécu abandonnique accompagné de crainte de chronicisation des troubles psychiatriques et d'une anxiété face aux liens difficiles avec les structures de soins adulte. Ce ressenti est accentué par le fait que la décision de transition en psychiatrie adulte est prise par l'équipe de soin pédopsychiatrique. Le patient et sa famille n'étant informés que secondairement ce qui contraste avec l'abord systémique de la prise en charge en pédopsychiatrie (37). Ainsi l'étude anglaise réalisée par Bhaumik et all, en 2011 (38), montrait déjà que près de 50% des proches avaient des difficultés à accéder au service de soins adulte et déploraient le manque de lien au moment du passage de relai. Seuls 26% des personnes interrogés se déclaraient satisfaits du déroulement de la transition.

Une étude française récente, réalisée par Gauthier-Boudreault et all. en 2017 (37), visait à recueillir le ressenti des proches de jeunes souffrant de troubles psychiatriques. Elle mettait en avant le manque de collaboration entre les différentes structures y compris sociales, le manque de partage d'informations, l'implication minorée du patient ou encore le manque de soutien

psychologique pour les proches durant la transition des soins de la pédopsychiatrie vers la psychiatrie adulte.

D'une part, les pédopsychiatres mettaient en avant un sentiment de culpabilité face à la fin de la prise en charge de leurs patients ainsi qu'une anxiété face aux risques de chronicisation des pathologies en psychiatrie adulte (32). D'autre part chez les psychiatres adultes, on retrouvait des difficultés liées à un manque de formation concernant cette population spécifique et cette période de transition de soin (32).

Ces données sont renforcées par une étude française réalisée à Montpellier par Schandrin et all. en 2013 (33), qui a montré que la transition était vécue de manière insatisfaisante par les professionnels impliqués. Cela rejoint les résultats d'une enquête anglaise réalisée par Health et all. en 2006 qui a démontré que plus de 90% des psychiatres (adulte et infanto-juvéniles) estimaient la transition en soins adulte compliquée (39).

Ces craintes dues à des représentations fantasmées peuvent être induites par les différences existant entre la psychiatrie infantile et adulte (35). Une étude récente européenne réalisée par Signorini et all. en 2017 (40), montrait que dans 89% des pays inclus, les soins en pédopsychiatrie et en psychiatrie adulte avaient une organisation différente, des compétences différentes, des fonds différents et également des questionnements réciproques sur leur fonctionnement global.

B.7. Risques liés à la transition de soins

La transition vers les soins adultes accroît les risques de baisse d'utilisation des services de soins et a pour conséquence une fragilisation de l'alliance thérapeutique pouvant aller parfois jusqu'à une rupture dans le parcours de soins (34).

Les risques devant cette rupture de soins sont l'aggravation clinique de la pathologie et de son pronostic, la nécessité du recours récurrent aux services d'hospitalisation adulte, l'accentuation de l'isolement social et l'impact au niveau du parcours socio-professionnel (19).

B.8. Facteurs prédictifs d'une transition de soins réussie

Plusieurs facteurs prédictifs d'une transition réussie en soins psychiatriques adulte sont retrouvés dans la Littérature (27,32) :

-Des facteurs liés au contexte de soins sont évoqués comme l'alliance thérapeutique avec le patient et son entourage par le biais de partage d'information et de participation au processus de transition.

- Les échanges entre les professionnels de soins infantiles et adultes.
- L'organisation de la transition de soin de façon programmée.

B.9. La transition de soins dite « optimale »

La transition de soins « optimale » doit respecter un ordre chronologique et survenir en dehors d'une période de crise (9). En 2015 l'étude internationale Delphi (41) a défini les critères correspondant à une transition de soins optimale. Elle s'inspirait des travaux de l'équipe anglaise de Singh de 2009 (9,42). Les critères de transition optimale en soins adultes retenus étaient :

- Une coordination adaptée (avec un timing et une concertation) entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte.
- Une anticipation de la transition au moins un an avant le début du processus.
- L'identification d'un adulte protecteur pour prendre soin du patient lors de cette période difficile : un référent.
- La transmission d'informations écrites afin d'assurer la continuité des données.
- La planification de la transition avec une réunion composée de deux référents, du patient et du parent/tuteur légal permettant l'inclusion du patient et son entourage dans le processus de soin avec une prise en compte de leurs opinions.
- La période de soins parallèle pour assurer une continuité émotionnelle et relationnelle.
- La continuité des soins à long terme après la transition avec un suivi d'au moins 3 mois ou d'un arrêt du suivi justifié cliniquement.

C. Présentation des structures de soins en pédopsychiatrie

En pédopsychiatrie, les structures de soins se composent :

- Des structures d'hospitalisation complète
- Des structures d'hospitalisation partielle : Hôpital de Jour (HDJ).
- Des structures de soins ambulatoires : le centre médico-psychologique (CMP) et le centre d'activités thérapeutiques à temps partiel (CATTP).
- De la Maison des Adolescents (MDA) qui est une structure médicosociale créée par Alain Fuseau (pédopsychiatre) au Havre en 1999 (43). Elle est définie comme une plate-forme d'accueil et d'orientation des jeunes, un centre de ressources pour leur entourage et un lieu de prévention et de coordination pour les professionnels impliqués avec l'adolescent (44). Elle est considérée comme l'un des piliers du parcours adolescent. Elle est composée de plusieurs corps de métier tels que : un coordinateur de la structure, pédopsychiatre, pédiatre, éducateur,

infirmiers, psychologue, référent PJJ, référent éducation nationale, conseiller d'orientation permettant ainsi une prise en charge multidisciplinaire et une fluidité de l'orientation. (45). Elle accueille des jeunes âgés de 11 à 20 ans voire jusque 25 ans selon les établissements et peut représenter un lieu de transition entre l'adolescent et sa famille dont il se sépare et vers la société dont il devient un membre actif à part entière avec le développement de son autonomie (46). A Amiens, l'articulation des dispositifs de soins entre les structures de psychiatrie et la MDA est effective depuis plusieurs années. Grâce à une convention établie avec le CHU, la prise en charge des situations urgentes se présentant à la MDA est assurée par le biais d'un lien direct avec les psychiatres de l'Unité de Psychopathologie de l'Enfant et Adolescent du CHU d'Amiens.

D. Données épidémiologiques

D.1. L'adolescence

En France, au 1^{er} janvier 2019, la population des 15-19 ans représentait 6.1% de la population totale (47). Parmi cette population :10% souffraient d'un trouble psychiatrique (19). D'ici 2020, les troubles psychiatriques constitueront la 5^{ème} cause de mortalité chez les jeunes français (12). Aux Etats unis, 75% des patients présentant des troubles psychiatriques pouvaient dater le début des troubles avant l'âge de 24 ans (42).

En France, chez les patients présentant des troubles psychiatriques à l'âge de 26 ans, 50% avaient des premiers symptômes à 15 ans et 75% à la fin de l'adolescence (3).

L'intrication entre pathologies psychiatriques et conduites addictives a été démontrée par plusieurs études internationales (48,49). Les conduites addictives sont également très fréquentes chez les adolescents. Selon l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT) (18), en 2018, 16% de la population âgée de 17 ans déclaraient consommer au moins 3 fois par mois de l'alcool, 39% du cannabis, 3% de drogues illicites autre que le cannabis et 59% du tabac.

D.2. La transition des soins

Aux Etats-Unis, le constat de la baisse d'utilisation du service de soins au moment de la transition est réel. Près de 25% des services du Child Adolescent Mental Health Service (CAMHS) n'avaient pas de protocole concernant la transition de soins (19).

Au Royaume-Uni, l'étude TRACK « Transition of Care from Child and Adolescent Mental Health Service to Adult Mental Health Services » menée en 2010 (4) a montré que près de 50%

des jeunes n'avaient pas effectué de transition vers la psychiatrie adulte et qu'un tiers des patients suivis en pédopsychiatrie arrivait en soin adulte après une période de rupture de soin. Une autre étude anglaise, de Singh et al., menée en 2005, a montré que moins d'un quart des services de psychiatrie ont des dispositifs spécifiques pour la transition de soins ce qui entraîne des transitions de soins mal exécutées (50).

En Europe, l'étude européenne réalisée par Signorni et al. en 2017 (51) s'est intéressée à la transition des soins en psychiatrie, dans 28 pays et a montré que 49% des patients suivis en pédopsychiatrie avaient besoin d'une transition de soins en service adulte. Dans la plupart des situations et pour 60% des pays inclus dans l'étude, il n'y avait pas de planification de la transition. On retrouvait une absence de standardisation et une faible implication des proches avec des variations tant sur le plan national qu'international.

On retrouvait très peu de données épidémiologiques en France. Aucune étude à grande échelle n'a exploré la question de la transition de soins de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte. Le peu de données épidémiologiques a été retrouvée dans une l'étude réalisée par Schandrin et al. en 2013. Il s'agissait d'une étude rétrospective et monocentrique qui s'est intéressée aux pathologies de l'hôpital local (33). L'étude européenne Milestone, qui inclue la France, est en cours de réalisation (52).

E. Objectifs

L'objectif principal de notre travail était de réaliser un état des lieux de la transition de soin des patients entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte au sein des structures amiénoises.

Les objectifs secondaires de notre travail étaient de pouvoir :

- Evaluer les facteurs prédictifs d'une transition de soins « programmé » respectant des critères de transition « optimale ».
- Evaluer les conséquences de la transition de soins « programmée » et du transfert de soins « non programmé » dans la suite du parcours de soins des patients en psychiatrie adulte (recours aux hospitalisations et aux services d'urgence, prise en charge en chambre d'isolement thérapeutique).

II. MATERIEL ET METHODES

A. Type de l'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective observationnelle descriptive qui a inclus l'ensemble des patients suivis en pédopsychiatrie et âgés de 17 ans entre le 01/01/2015 et le 31/12/2015, pris en charge dans les différentes structures de pédopsychiatrie amiénoises, toutes prises en charge confondues : en ambulatoire, en hospitalisation complète, en hospitalisation partielle (hôpital de jour : HDJ) et à la MDA. Le devenir de ces patients a été étudié un an après, à l'âge de 18 ans, deux ans après, à l'âge de 19 ans et trois ans après, à l'âge de 20 ans, concernant les patients ayant réalisé un relai de soins (transition de soins « optimale » et transfert de soins).

B. Recueil des données

Les patients ont été sélectionnés auprès des répertoires du Département Information Médicale (DIM) du Centre Hospitalier Philippe Pinel, du CHU d'Amiens Picardie et de la base de données de la MDA.

Les informations nécessaires ont été collectées grâce aux dossiers informatiques et dossiers papiers par un seul investigateur.

C. La Commission nationale de l'informatique et des libertés de France

Le recueil des données s'inscrit dans le cadre éthique, déontologique et réglementaire selon la loi informatique et des libertés de 1978, modifiée et le règlement européen général sur la protection des données personnelles entré en vigueur en mai 2018. Au vu de la méthode, notre étude n'a pas nécessité de demande d'avis du Comité de Protection des Personnes ni déclaration CNIL spécifique.

D. Population étudiée

La population étudiée incluse était composée de 174 patients.

D.1. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Etre âgé de 17 ans entre le 01/01/2015 et le 31/12/2015.
- Etre pris en charge par une des structures de pédopsychiatrie tout mode de soin confondu.

-Avoir un diagnostic psychiatrique CIM-10 : l'ensemble des diagnostics psychiatriques CIM-10 (F00-F99) : Troubles mentaux et du comportement et le diagnostic CIM 10 (X60-X84) Lésions auto-infligées.

D.2. Structures de soins incluses

L'ensemble des structures de soins à Amiens étaient incluses (Figure 1) :

1) Le service de pédopsychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Amiens Picardie : l'unité de médecine de l'adolescent (UMA).

2) L'ensemble des services de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte du Centre Hospitalier Philippe Pinel (CHPP) tous secteurs et toutes prises en charge confondus à savoir :
-les structures d'hospitalisation complète : l'hospitalisation complète Henri. Ey et les structures d'hospitalisation complète adulte.

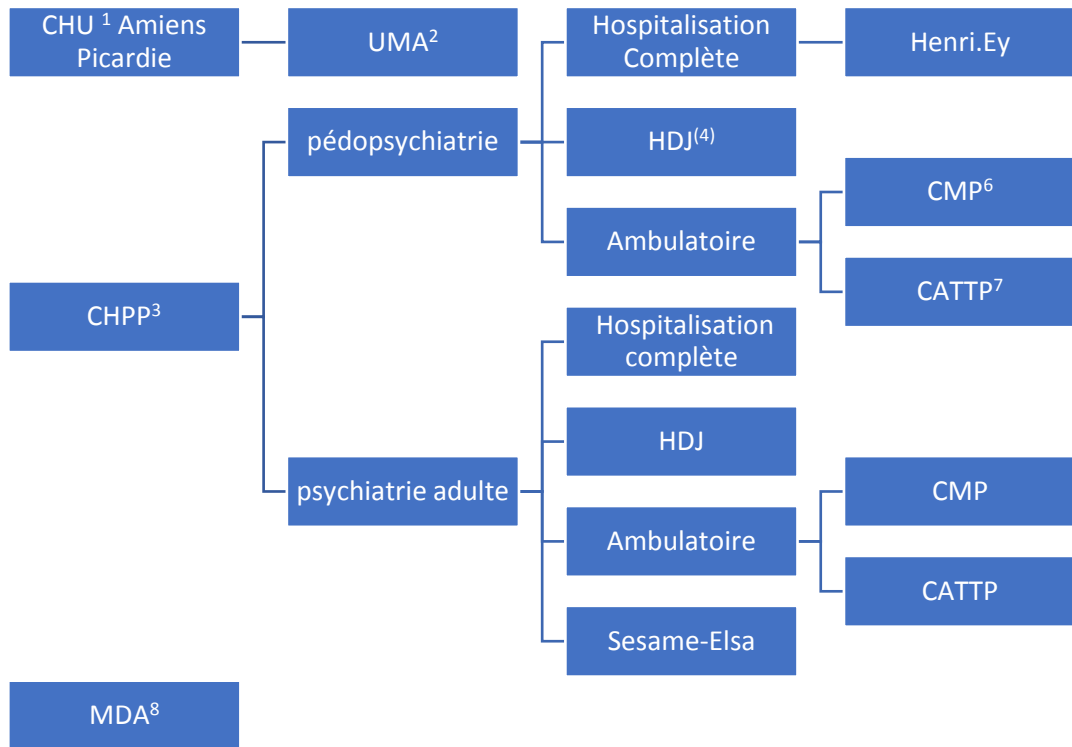
-les structures d'hospitalisation partielle : l'ensemble des Hôpitaux de Jours (HDJ).

-les structures de soin ambulatoire : les Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel Adolescents (CATTP), l'ensemble des Centres Médico-Psychologiques de pédopsychiatrie et psychiatrie adulte (CMP).

-les structures de soin d'addictologie : le « Sesame » et l'équipe de liaison et de soins ambulatoires (ELSA).

Les structures de soins en pédopsychiatrie ont été regroupés sous 3 formes : l'hospitalisation complète (Henri. EY et UMA), les Hôpitaux de Jour et les prises en charge ambulatoires (CMP et CATTP). De manière identique en psychiatrie adulte, les structures de soins ont été regroupées sous 3 formes : l'hospitalisation complète, les Hôpitaux de Jour et l'ambulatoire (CMP et CATTP).

3) La Maison des Adolescents (MDA).



- (1) CHU : Centre Hospitalier Universitaire
 (2) UMA : Unité de Médecine de l'Adolescent
 (3) CHPP : Centre Hospitalier Philippe Pinel
 (4) HDJ : Hôpital de Jour
 (5) H. Ey : Hospitalisation complète Henri Ey
 (6) CMP : Centre Médico-Psychologiques
 (7) CATT7 : Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel
 (8) MDA : Maison Des Adolescents

Figure 1 : Structures de soins de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte incluses dans l'étude

E. Variables étudiées

E.1. Variables concernant la population d'étude

Le choix des variables étudiées a été établi avant le début de l'étude, en s'appuyant sur les données de la littérature concernant les transitions de soins de la pédopsychiatrie vers la psychiatrie adulte. Parmi les variables sélectionnées, on retrouvait :

- Le sexe des patients.
- Le type de prise en charge.
- Le lieu de vie.
- Les difficultés liées à l'entourage définies par la présence d'un diagnostic secondaire CIM 10 : Z61,2 : Changements dans le tissu des relations familiales pendant l'enfance - Z63,1 :

Difficultés dans les rapports avec les parents et les beaux-parents - Z63,2 : Soutien familial inadéquat - Z63,5 : Dislocation de la famille par séparation ou divorce - Z63,7 : Autres événements difficiles ayant une incidence sur la famille et le foyer - Z63,9 : Difficulté liée à l'entourage immédiat, sans précision.

-La présence d'une prise en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance avec, soit un placement (famille d'accueil, foyer, centre éducatif), soit avec un maintien au sein du milieu familial avec une aide éducative judiciairisée ou non.

-Le diagnostic psychiatrique selon la classification CIM 10.

-Les antécédents familiaux : psychiatriques addictologiques et somatiques.

-Les antécédents personnels : psychiatriques (suivi et hospitalisation avant 2015) et somatiques

-La prise en charge à la MDA et les motifs d'entrée.

-Les traitements instaurés.

-Le type de suivi en pédopsychiatrie (médical et psychologique).

-La prise en charge en rééducation (orthophoniste et psychomoteur).

E.2. Variables concernant le relai de soins

1) Présence d'une transition de soins dite « optimale ».

La transition de soins programmée dans notre étude était étudiée selon plusieurs critères de transition de soins dit « optimale » et retrouvés dans la Littérature : l'organisation d'une synthèse, une rencontre avec l'entourage, la présence d'un référent, une période de soins parallèle, une présentation du patient et une transmission des données concernant le patient.

2) Présence d'un transfert de soins.

E.3. Le suivi des patients

E.3.1. Devenir des patients

Le devenir des patients ayant bénéficié d'une transition de soins « programmée » ou d'un transfert de soins a été étudié à un an (2016), à 2 ans (2017) et à 3 ans (2018).

E.3.2. Type de prise en charge en psychiatrie adulte

Les critères du type de prise en charge en psychiatrie adulte tels, que la présence d'une consultation aux urgences, une hospitalisation complète en psychiatrie adulte et la nécessité d'une chambre d'isolement thérapeutique, ont été étudiées.

E.3.3. Délai de prise en charge

Le délai de prise en charge entre la transition de soins programmée ou le transfert de soins non programmé et la prise en charge en psychiatrie adulte ambulatoire.

F. Analyse des données

Les données ont été saisies sur le logiciel Excel® version 2016 et analysées à l'aide du logiciel Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) version 21.0 (28). Les statistiques descriptives ont été utilisées pour décrire les caractéristiques des deux échantillons.

Les variables continues ont été rapportées avec des moyennes et des écarts-types. Les variables qualitatives binaires ont été rapportées avec des fréquences.

Le test du Khi ² a été utilisé pour la comparaison des variables qualitatives (prévalences). Le test t de Student a été utilisé pour comparer les variables quantitatives (moyennes).

Pour les variables qualitatives dont les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5, nous avons utilisé le test exact de Fischer.

Les résultats ont été présentés avec les Odds ratios ; avec un intervalle de confiance de 95%.

Le seuil pour une signification statistique était de $p < 0.05$ pour toute l'analyse. Les résultats des tests statistiques, les valeurs du khi ², de p et des Odds ratios ont été présentés dans des tableaux.

III. RESULTATS

A. Population d'étude

174 patients âgés de 17 ans ont été inclus dans l'étude.

A un an (en 2016), seul 37,9% (n=66) de la population initiale était encore suivi, près de deux tiers de la population avait été perdue de vue (62,1%).

A deux ans (en 2017), seul 16,7% (n=29) de la population initiale était encore suivi, 83,3% (n=145) des patients avaient été perdus de vue. (Figure 2).

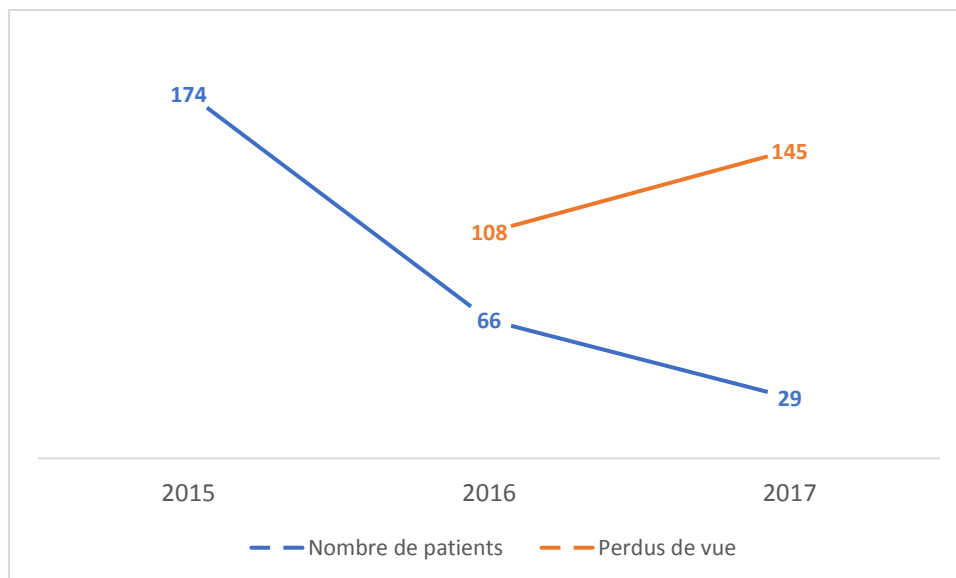


Figure 2 : Évolution de la population durant la période d'étude

B. Répartition des patients selon les données socio-démographiques

B.1 Répartition des patients selon le sexe

La population d'étude était majoritairement féminine (60,9%).

La population restante à un an (2016) s'équilibrait : 48,5% d'hommes et 51,5% de femmes.

A deux ans, la proportion d'hommes devenait majoritaire : 58,6% d'hommes.

(Tableau 1, Figure 3).

B.2 Répartition des patients selon le lieu de vie

La majorité de la population d'étude (96%) vivait dans le milieu familial, ce pourcentage diminuait à un an (93,9%) et à deux ans (89,7%) (Tableau 1).

4% de la population d'étude, bénéficiait d'un placement, ce taux augmentait à un an (6,1%) et à deux ans (10,3%) (Tableau 1).

B.3 Difficultés liées à l'entourage

En 2015, 35,6% de la population évoquaient des difficultés liées à l'entourage, ce pourcentage diminuait à un an (22,7%) et à deux ans (6,9%) (Tableau 1).

16,7 % (n=29) de la population d'étude, était pris en charge par l'ASE, dont 24,1 % (n=7) dans le cadre d'un placement et 75,9% (n=22) dans le cadre d'une aide éducative.

Les patients pris en charge par l'ASE dans le cadre d'une aide éducative représentaient 12,6% de la population d'étude. Les patients pris en charge par l'ASE dans le cadre d'un placement représentaient 4% de la population d'étude.

Tableau 1 : Répartition et évolution de la population d'étude selon les données socio-démographiques des patients

		2015		2016		2017	
		(n= 174)	(%)	(n=66)	(%)	(n=29)	(%)
Sexe	Homme	68	39,1	32	48,5	17	58,6
	Femme	106	60,9	34	51,5	12	41,4
Lieu de vie	Famille	167	96	62	93,9	26	89,7
	Placement	7	4	4	6,1	3	10,3
Entourage	Difficultés ⁽¹⁾	62	35,6	15	22,7	2	6,9

(1) CIM-10 : Z61,2 ; Z63,1 ; Z63,2 ; Z63,5 ; Z63,7 ; Z63,9

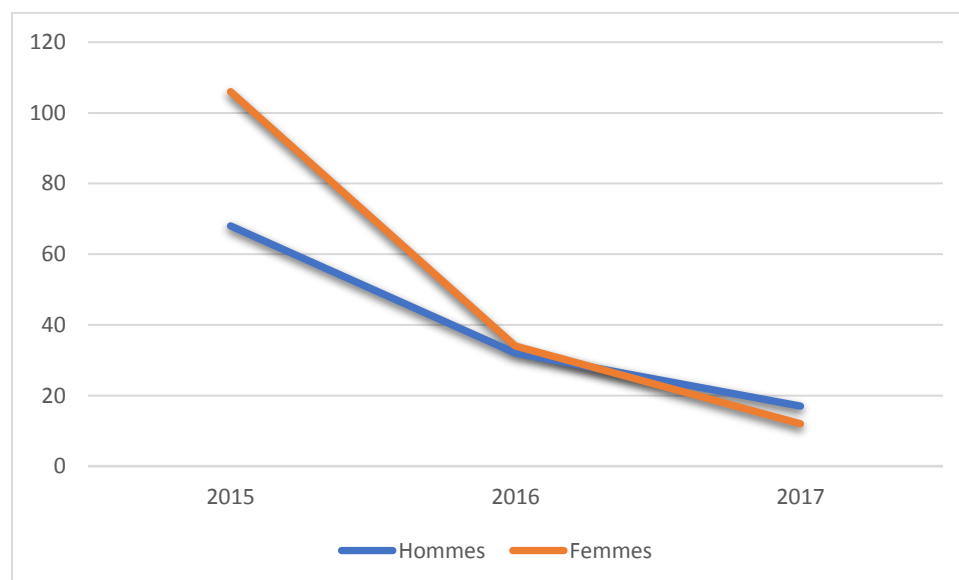


Figure 3 : Évolution de la population d'étude selon le sexe des patients

C. Répartition des patients selon le type de prise en charge

En 2015, la population étudiée était majoritairement prise en charge par la MDA (52,9%) et par les services de pédopsychiatrie ambulatoire (37,9%). 1,1% (n=2) de la population avaient bénéficié d'une prise en charge en psychiatrie adulte sous la forme d'une hospitalisation complète.

En 2016, la population restante était majoritairement prise en charge par les services de pédopsychiatrie ambulatoire (54,5%) et la MDA (34,8%). En psychiatrie adulte, les patients étaient majoritairement pris en charge en hospitalisation complète : 10,6%.

En 2017, la population restante était majoritairement prise en charge par les services de pédopsychiatrie ambulatoire (51,7%). En psychiatrie adulte, les services de psychiatrie ambulatoire (34,5%) prenaient majoritairement en charge les patients (Tableau 2).

Tableau 2 : Répartition des patients selon le type de prise en charge

Prise en charge	Structures	2015		2016		2017	
		(n= 174)	(%)	(n= 66)	(%)	(n= 29)	(%)
Pédopsychiatrie	H. Complète ⁽¹⁾	34	19,5	2	3	-----	-----
	HDJ	2	1,1	0	0	1	3,4
	Ambulatoire	66	37,9	36	54,5	15	51,7
MDA ⁽²⁾	MDA	92	52,9	23	34,8	1	3,4
Psychiatrie Adulte	H. Complète	2	1,1	7	10,6	5	17,2
	HDJ ⁽³⁾	-----	-----	0	0	1	3,4
	Ambulatoire	-----	-----	3	4,5	10	34,5

(1) Hospitalisation complète

(2) Maison des adolescents

(3) Hôpital de jour

Nos résultats rejoignent les statistiques nationales concernant les prises en charge ambulatoires (53). En 2015, elles concernaient : 37,9% des prises en charges avec un Khi 2 à 9,68 et $p < 10^{-2}$, 54,5% à un an avec un Khi 2 à 0,5, NS et 51,7% à deux ans avec un Khi 2 à 1,29, NS.

Dans notre étude, les prises en charge, hors MDA, en pédopsychiatrie ambulatoire étaient majoritaires en 2015 (80,5%), à un an (83,7%) et diminuaient à deux ans (53,6%).

Elles étaient supérieures aux statistiques nationales concernant les prises en charge ambulatoire (53) hors MDA, en 2015 : elles concernaient 80,5% des prises en charges avec un Khi 2 à 0,6 et $p < 10^{-2}$, à un an 83,7% avec un Khi 2 à 14,2 et $< 10^{-3}$ et à deux ans 53,6% avec un Khi 2 à 6,8 et $p < 10^{-2}$.

D. Prise en charge à la MDA

92 patients (52,9%) de la population d'étude ont été pris en charge à la MDA, dont 85 (48,85%) exclusivement. La population était majoritairement féminine à 60 %.

Les motifs initiaux des consultations étaient : 38,8% de la population prise en charge à la MDA (=33) qui ont consulté sous le motif d'une souffrance psychologique. 54,1% de la population prise en charge à la MDA (n=46) qui ont consulté sous le motif de difficultés liées à l'environnement et 7,1% de la population prise en charge à la MDA (n=6) qui ont consulté sous le motif de conduite à risques.

E. Répartition des patients selon le diagnostic

En 2015, les diagnostics psychiatriques CIM-10 retrouvés majoritairement, dans la population d'étude étaient (Tableau 3, Figure 4) : Le diagnostic de troubles névrotiques (39,7%), le diagnostic de troubles du comportement et troubles émotionnels (27%) et le diagnostic de syndrome dépressif (15,5%).

En 2016, parmi la population restante, les diagnostics psychiatriques CIM-10 retrouvés majoritairement étaient : le diagnostic de troubles névrotiques (34,9%) et le diagnostic de troubles du comportement et troubles émotionnels (30,3%).

En 2017, parmi la population restante, les diagnostics psychiatriques CIM-10 retrouvés majoritairement étaient : le diagnostic de troubles du comportement et troubles émotionnels (31%), le diagnostic de troubles du développement psychologique (20,7%), le diagnostic de troubles névrotiques (17,2%) et le diagnostic de troubles dépressifs (17,2%).

Tableau 3 : Répartition des patients en fonction du diagnostic CIM-10

Diagnostics	2015		2016		2017	
	(n= 174)	(%)	(n= 66)	(%)	(n= 29)	(%)
Syndrome dépressif	27	15,5	7	10,6	5	17,2
Troubles névrotiques	69	39,7	23	34,9	5	17,2
Tb. de la personnalité ⁽¹⁾	7	4	4	6,1	2	6,9
Tb. du cmpt et Tb. Emotion ⁽²⁾	47	27	20	30,3	9	31
IMV ⁽³⁾	7	4	2	3	1	3,5
Tb. du dévelp. Psychologique ⁽⁴⁾	8	4,6	7	10,6	6	20,7
Troubles addictifs	8	4,6	2	3	0	0
TCA ⁽⁵⁾	1	0,6	1	1,5	1	3,5

(1) : Troubles de la personnalité

(2) : Troubles du comportement et troubles émotionnels

(3) : Intoxications par des médicaments et des substances biologiques

(4) : Troubles du développement psychologique

(5) : Troubles du comportement alimentaire

F. Répartition des patients de la population d'étude (N=2015) en fonction du diagnostic CIM 10 et du type de prise en charge

F.1 Hospitalisation complète

En hospitalisation complète de pédopsychiatrie, le diagnostic de troubles du comportement et troubles émotionnels (29,4%), le diagnostic de troubles névrotiques (26,5%) et le diagnostic de syndrome dépressif (20,6%) étaient principalement retrouvés (Tableau 4).

F.2 Hôpital de Jour

En Hôpital de jour de pédopsychiatrie, seul le diagnostic de troubles du comportement et troubles émotionnels était retrouvé (100%) (Tableau 4).

F.3 Suivi ambulatoire

En suivi ambulatoire de pédopsychiatrie, le diagnostic de troubles du comportement et troubles émotionnels (28,8%) et le diagnostic de troubles névrotiques (27,3%) étaient principalement retrouvés (Tableau 4).

F.4 Maison des Adolescents

A la MDA, le diagnostic de troubles névrotiques (52,2%), le diagnostic de troubles du comportement et de troubles émotionnels (28,8%) et le diagnostic de syndrome dépressif (15,2%) étaient principalement retrouvés (Tableau 4).

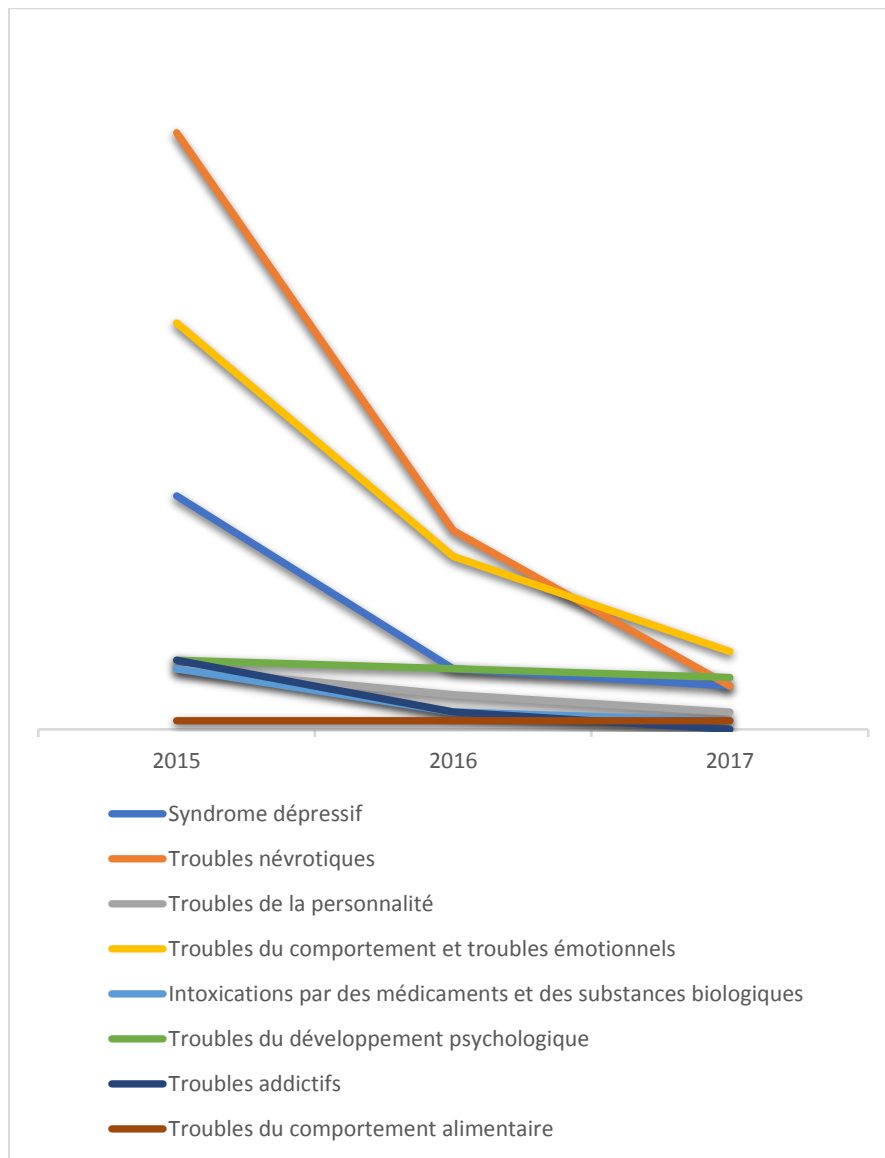


Figure 4 : Répartition de la population d'étude selon les diagnostics CIM-10

Tableau 4 : Répartition des patients de la population d'étude (N=2015) en fonction du diagnostic CIM-10 et du type de prise en charge

		Syn. Dep. (1)	Tb. név. (2)	Tb. pers. (3)	Tb. cmp. (4)	IMV (5)	Tb. Dvl. (6)	Adct. (7)	TCA (8)
Prise en charge	Structures	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Pédopsychiatrie	H. C. complète	20,6	26,5	2,9	29,4	8,8	2,9	5,9	2,9
	HDJ	0	0	0	100	0	0	0	0
	Ambulatoire	12,2	27,3	7,6	28,8	7,6	12,1	3	1,5
MDA	MDA	15,2	52,2	2,2	26,1	0	0	4,3	0
Psychiatrie Adulte	H. Complète	0	50	50	0	0	0	0	0

(1) Syndrome dépressif

(2) Troubles névrotiques

(3) Troubles de la personnalité

(4) Troubles du comportement et troubles émotionnels

(5) Intoxications par des médicaments et des substances biologiques

(6) Troubles du développement psychologique

(7) Troubles addictifs

(8) Troubles du comportement alimentaire

G. Antécédents

G.1 Antécédents personnels

G.1.1. Antécédents somatiques

Parmi la population étudiée en 2015, 25,3% présentaient des antécédents somatiques (Tableau 5) : cardiopathies (tachycardie, syndrome de Wolff Parkinson White, souffle cardiaque), syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF), asthme, surpoids, antécédents neurologiques, albinisme, maladie de Basedow, hépatite C et maladie de Lyme.

G.1.2. Antécédents psychiatriques

Parmi la population étudiée, 52,9% présentaient des antécédents psychiatriques avec au moins un suivi ou une hospitalisation, antérieur à 2015 retrouvé (Tableau 5).

G.1.3. Antécédents addictologiques

Parmi la population étudiée, 31 % présentaient des comorbidités addictologiques

(Tableau 5) avec : 96,3% qui déclaraient consommer du tabac (29,9% de la population d'étude), 14,8% qui déclaraient consommer de l'alcool (4,6% de la population d'étude) et 31,5% qui déclaraient consommer du cannabis (9,8% de la population d'étude).

G.2 Antécédents familiaux

G.2.1 Antécédents somatiques

Parmi la population étudiée en 2015, 9,2% présentaient des antécédents familiaux somatiques (Tableau 5) : oncologiques, cirrhose, cardiopathie, pneumopathie et sclérose en plaques.

G.2.2 Antécédents psychiatriques

Parmi la population étudiée en 2015, 20,1% présentaient des antécédents familiaux psychiatriques (Tableau 5) dont : 74,3% de syndrome anxiodépressif, 5,7% de schizophrénie, 2,8% de trouble bipolaire et 2,8% de Troubles des Conduites Alimentaires.

G.2.3 Antécédents addictologiques

Parmi la population étudiée en 2015, 6.3% présentaient des antécédents familiaux addictologiques (Tableau 5) dont 72,7% d'addiction à l'alcool et 27,3% présentait des antécédents familiaux de consommations de substances psycho-actives.

H. Suivi du patient

Parmi la population étudiée en 2015, 46,6% de la population était suivie par un pédopsychiatre et 38,5% de la population était suivie par un psychologue (Tableau 5).

Concernant le suivi des patients (hors patient pris en charge à la MDA), 91% (n=81) de la population initiale était suivie par un pédopsychiatre et 75,2% (n=67) par un psychologue.

I. Traitements pharmacologiques

En 2015, parmi la population d'étude, 27% (n=47) avaient au moins un ou plusieurs traitements dont 85,1% d'anxiolytiques, 38,3% de neuroleptiques, 17% d'antidépresseur et 2,1% de psychostimulants (Figure 5).

Dans la population d'étude (2015), les anxiolytiques (23%) et les neuroleptiques (10,3%) étaient majoritaires (Tableau 5, Figure 5).

Tableau 5 : Répartition des patients selon les données d'anamnèse (N=2015)

		(n=174)	(%)
Antécédents Personnels	Somatiques	44	25,3
	Psychiatriques	92	52,9
	Addictologiques	54	31
Antécédents Familiaux	Somatiques	16	9,2
	Psychiatriques	35	20,1
	Addictologiques	11	6,3
Traitements pharmacologiques	Psychostimulants	1	0,6
	Anxiolytiques	40	23
	Antidépresseurs	8	4,6
	Neuroleptiques	18	10,3
Type de suivi	Pédopsychiatre	81	46,6
	Psychologue	67	38,5

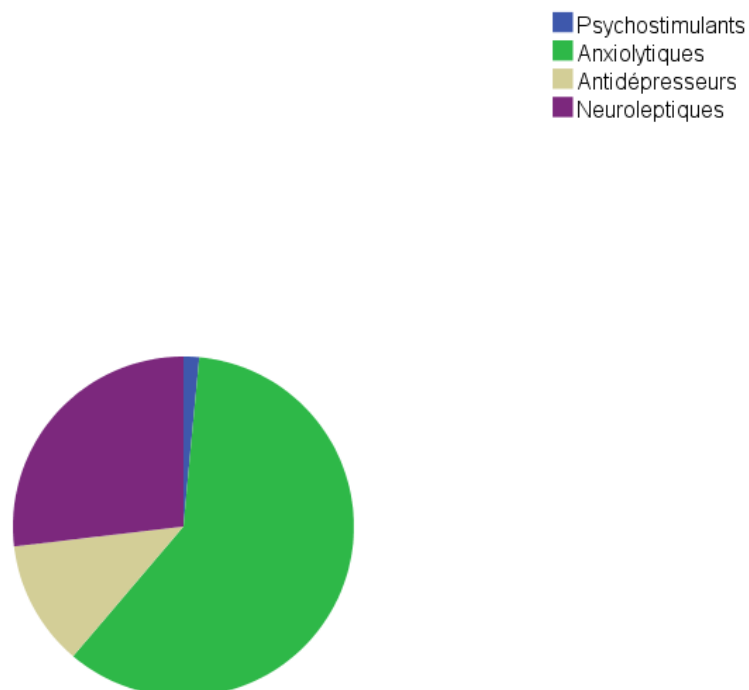


Figure 5 : Répartition des patients de la population d'étude en fonction du traitements pharmacologiques

J. Relai de soins en psychiatrie adulte

Parmi la population d'étude, 11,5% (n=20 patients) ont bénéficié d'un relai de soins en psychiatrie adulte dont 35% (4% de la population initiale, n=7) ont bénéficié d'une transition de soins « programmée » et 65% (7,5% de la population initiale, n=13) d'un transfert de soins « non programmé » (Tableau 6)

Tableau 6 : Répartition des patients selon le type du relai de soins en psychiatrie adulte

	(n=174)	(%)
Transition de soins « programmée »	7	4
Transfert de soins « non programmé »	13	7,5

J.1. Transition de soins programmée

Au moins, un critère de transition « optimale » a été retrouvé chez l'ensemble des patients ayant bénéficié d'une transition « programmée » (Tableau 7):

-100% ($p < 10^{-3}$) des patients ont bénéficié d'une synthèse avec une relation statistiquement significative.

-100% ($p < 10^{-2}$) des patients ont bénéficié de la présence d'un référent avec une relation statistiquement significative.

-85,7% ($p < 10^{-3}$) ont bénéficié d'un entretien familial avec une relation statistiquement significative.

-71,4% ($p < 10^{-2}$) ont bénéficié d'une transmission d'informations une relation statistiquement significative.

-57,1% ($p < 10^{-2}$) ont bénéficié d'une présentation une relation statistiquement significative.

-14,3% ont bénéficié d'une période de soins parallèle.

La durée de la période de soins parallèle était de 3 mois.

Tableau 7 : Transitions de soins « programmée » et transfert de soins « non programmé » en fonction des critères de transition « optimale »

Critères	Transition de soins « programmée »		Transfert de soins « non programmé »		p
	(n=7)	(%)	(n=13)	(%)	
Synthèse	7	100	1	7,7	< 10 ⁻³
Transmissions d'informations	5	71,4	0	0	< 10 ⁻²
Référent	7	100	0	0	< 10 ⁻²
Entretien familial	6	85,7	0	0	< 10 ⁻³
Présentation ⁽¹⁾	4	57,1	0	0	< 10 ⁻²
Soins parallèles	1	14,3	0	0	NS

(1): Aux structures de psychiatrie adulte

J.1.1. Transition de soins programmée et caractéristiques socio-démographiques

L'ensemble des patients (100%) ayant bénéficié d'une transition de soins « optimale » avait des difficultés liées à l'entourage avec une relation statistiquement significative ($p < 10^{-2}$).

L'ensemble des patients (100%) ayant bénéficié d'une transition de soins « optimale » avait une prise en charge ASE avec une relation statistiquement significative ($p < 10^{-5}$).

85,7% des patients ayant bénéficié d'une transition de soins « optimale » avait une mesure éducative avec une relation statistiquement significative ($p < 10^{-4}$) (Tableau 8).

J.1.2. Transition de soins programmée et diagnostics

28,6% des patients ayant bénéficié d'une transition de soins « optimale » avait un diagnostic de syndrome dépressif et de troubles du comportement et troubles émotionnels (Tableau 8).

J.1.3. Transition de soins programmée et antécédents

L'ensemble des patients (100%) ayant bénéficié d'une transition de soins « optimale » avait des antécédents psychiatriques personnels avec une relation statistiquement significative ($p < 0,01$). (Tableau 8).

J.1.4. Transition de soins programmée et type de suivi du patient

L'ensemble des patients (100%) ayant bénéficié d'une transition de soins « optimale » avait un suivi médical avec une relation statistiquement significative ($p < 10^{-2}$).

85,7% des patients ayant bénéficié d'une transition de soins « optimale » avait une prise en charge psychologique avec une relation statistiquement significative ($p < 0,01$).

71,4% des patients ayant bénéficié d'une transition de soins « optimale » avait une prise en charge en rééducation avec une relation statistiquement significative ($p < 10^{-6}$) (Tableau 8).

J.1.5 Transition de soins programmée et traitements pharmacologiques

85,7% des patients ayant bénéficié d'une transition de soins « optimale » avait un traitement pharmacologique avec une relation statistiquement significative ($p < 10^{-2}$).

71,4% des patients ayant bénéficié d'une transition de soins « optimale » étaient traités par neuroleptiques et anxiolytiques avec une relation statistiquement significative ; respectivement : ($p < 10^{-2}$) et ($p < 10^{-3}$) (Tableau 8).

J.1.6 Transition de soins programmée et prise en charge selon les structures

42,9% des patients ayant bénéficié d'une transition de soins « optimale » prise en charge en hospitalisation complète en pédopsychiatrie avec une relation statistiquement significative ($p < 10^{-2}$).

85,7% des patients ayant bénéficié d'une transition de soins « optimale » avait bénéficié d'une prise en charge en ambulatoire en pédopsychiatrie avec une relation statistiquement significative ($p < 0,01$) (Tableau 8).

J.2 Transfert de soins « non programmé »

J.2.1. Transfert de soins « non programmé » et diagnostics

38,5% des patients ayant bénéficié d'un transfert de soins « non programmé » avaient un diagnostic de troubles névrotiques et 30,8% avaient un diagnostic de troubles du comportement et troubles émotionnels (Tableau 9).

J.2.2. Transfert de soins « non programmé » et traitements

61,5% des patients ayant bénéficié d'un transfert de soins « non programmé » avait un traitement médicamenteux avec une relation statistiquement significative ($p < 10^{-2}$) (Tableau 9).

J.2.3. Transfert de soins « non programmé » et 1^{er} contact avec la psychiatrie adulte

85,2% des patients ayant bénéficié d'un transfert de soins « non programmé » ont eu leur premier contact avec la psychiatrie adulte par le biais de l'accueil aux urgences.

Tableau 8 : Transitions de soins « optimale » en fonction des caractéristiques socio-démographiques, parcours de soins et prise en charge des patients

		(n=7)	(%)	p
Sexe	Homme	2	28,6	NS
	Femme	5	71,4	
Entourage ASE ⁽²⁾	Difficultés liées à l'entourage ⁽¹⁾	7	100	< 10 ⁻²
	Prise en charge ASE	7	100	< 10 ⁻⁵
	Placement	1	14,3	NS
Antécédents Psychiatriques	Mesure éducative	6	85,7	< 10 ⁻⁴
	Personnels	7	100	0,01
	Familiaux	1	14,3	NS
Antécédents addicto. ⁽³⁾	Personnels	3	42,9	NS
	Familiaux	1	14,3	NS
Diagnostics	Syndrome Dépressif	2	28,6	NS
	Troubles névrotiques	1	14,3	NS
	Troubles de la personnalité	0	0	NS
	Tb. du cmpt et Tb. Emotion ⁽⁴⁾	2	28,6	NS
	IMV ⁽⁵⁾	0	0	NS
	Tb. Dévelp. Psy ⁽⁶⁾	1	14,3	NS
	Addictions	1	14,3	NS
	TCA ⁽⁷⁾	0	0	NS
	Type de suivi	Médical	7	100
Psychologique		6	85,7	0,01
Rééducation (ortho. Psychomot) ⁽⁸⁾		5	71,4	< 10 ⁻⁶
Traitements	Traitement pharmacologique	6	85,7	< 10 ⁻²
	Psychostimulants	0	0	NS
	Anxiolytiques	5	71,4	< 10 ⁻²
	Antidépresseurs	1	14,3	NS
	Neuroleptiques	5	71,4	< 10 ⁻³
Type PEC Pédopsy. ⁽⁹⁾	H. Complète ⁽¹⁰⁾	3	42,9	< 10 ⁻²
	HDJ ⁽¹¹⁾	1	14,3	NS
	Ambulatoire	6	85,7	0,01
	MDA ⁽¹²⁾	1	14,3	NS

(1) : CIM-10 : Z61,3 ; Z63,1 ; Z63,2 ; Z63,5 ; Z63,7 ; Z63,9

(2) : Aide Sociale à l'enfance

(3) : Antécédents addictologiques

(4) : Troubles du comportement et troubles émotionnels

(5) : Intoxications par des médicaments et des substances biologiques

(6) : Troubles du développement psychologique

(7) : Troubles du comportement alimentaire

(8) : Orthophonie, psychomotricité

(9) : Type de prise en charge en pédopsychiatrie

(10) : Hospitalisation complète

(11) : Hôpital de jour

(12) : Maison des adolescents

Tableau 9 : Transfert de soins « non programmé » en fonction des caractéristiques socio-démographiques, parcours de soins et prise en charge des patients

		(n=13)	(%)	Khi2	p	OR	[IC 95%]
Sexe	Homme	4	30,8	0,4	NS	1,5	[0,43 – 5,02]
	Femme	9	62,2				
Entourage	Difficultés. entourage ⁽¹⁾	2	15,4		NS		
ASE ⁽²⁾	Prise en charge ASE	3	23,1		NS		
	Placement	1	7,7		NS		
	Mesure éducative	2	15,4		NS		
Antcd. Psy. ⁽³⁾	Personnels	7	53,8	0,5	NS	1	[0,33 – 3,24]
	Familiaux	4	30,8		NS		
Atcd. Addictio. ⁽³⁾	Personnels	3	23,1				
	Familiaux	0	0		NS		
Diagnostics	Syndrome Dépressif	3	23,1		NS		
	Troubles névrotiques	5	38,5	0,8	NS	0,9	[0,29 – 3,02]
	Tb. personnalité ⁽⁴⁾	1	7,7		NS		
	Tb. cmpt et Tb. Emo. ⁽⁵⁾	4	30,8		NS		
	IMV ⁽⁶⁾	0	0		NS		
	Tb. Dévelp. Psy ⁽⁷⁾	0	0		NS		
	Addictions	0	0		NS		
	TCA ⁽⁸⁾	0	0		NS		
	Type de suivi	Médical	7	53,8	0,3	NS	1,8
Psychologique		5	38,5	0,1	NS	1	[0,31 – 3,18]
Rééducation ⁽⁹⁾		0	0		NS		
Traitements	Pharmacologiques	8	61,5		< 10 ⁻²		
	Psychostimulants	0	0		NS		
	Anxiolytiques	6	46,2		NS		
	Antidépresseurs	2	15,4		NS		
	Neuroleptiques	3	23,1		NS		
Type PEC Pédopsy. ⁽¹⁰⁾	H. Complète ⁽¹¹⁾	4	30,8		NS		
	HDJ ⁽¹²⁾	0	0		NS		
	Ambulatoire	5	38,5		NS		
	MDA ⁽¹³⁾	6	46,2	0,25	NS	0,7	[0,24 – 2,32]

(1) : CIM-10 Z61,3 Z63,1 ; Z63,2 ; Z63,5 ; Z63,7 ; Z63,9 ; :

(2) Aide Sociale à l'enfance

(3) : Antécédents psychiatriques

(4) : Troubles de la personnalité

(5) : Troubles du comportement et troubles émotionnels

(6) : Intoxications par des médicaments et des substances biologiques

(7) : Troubles du développement psychologique

(8) : Troubles du comportement alimentaire

(9) : Orthophonie, psychomotricité

(10) : Type de prise en charge en pédopsychiatrie

(11) : Hospitalisation complète

(12) : Hôpital de jour

(13) : Maison des adolescents

K. Conséquences de la transition de soins optimale et du transfert de soins sur le suivi et la prise en charge des patients en psychiatrie adulte

K.1. Le suivi des patients

La proportion de patients suivis en psychiatrie adulte et ayant bénéficié d'un transfert de soins « non programmé » diminuait au fil des années (84,6% à un an, 46,2% à deux ans et 30,8% à trois ans).

Lors d'une transition de soins « optimale », la proportion de patients suivis restait stable au fil des années (85,7% à un an, 85,7% à deux ans et 100% à trois ans). Il existait une relation statistiquement significative entre un suivi à trois ans et une transition de soins « optimale » ($p < 10^{-3}$) (Tableau 10).

K.2. Recours aux urgences

84,6% des patients des patients ayant bénéficié d'un transfert de soins « non programmé » ont eu recours aux services d'urgences de psychiatrie adulte contre 57,1% pour les patients ayant bénéficié d'une transition de soins « optimale » (Tableau 10).

K.3. Recours à l'hospitalisation complète

53,8% des patients ayant bénéficié d'un transfert de soins « non programmé » ont nécessité une prise en charge en hospitalisation complète en psychiatrie adulte contre 42,9% pour les patients ayant bénéficié d'une transition de soins « optimale » (Tableau 10).

K.4. Prise en charge en chambre d'isolement thérapeutique

15,4% des patients ayant bénéficié d'un transfert de soins « non programmé » ont nécessité une prise en charge en chambre d'isolement thérapeutique alors qu'aucun patient ayant bénéficié d'une transition de soins « optimale » ne l'a nécessité (Tableau 10).

K.5. Délai de prise en charge

Le délai moyen de prise en charge entre la transition de soins et la prise en charge en psychiatrie adulte ambulatoire était plus important pour le transfert de soins « non programmé » : $5,3 \pm 2,4$ mois vs $1,2 \pm 0,5$ mois.

Il y avait une différence statistique significative entre le délai moyen de prise en charge séparant la transition de soins et la prise en charge en psychiatrie adulte ambulatoire, entre la transition de soins « programmée » et le transfert de soins, (t -test= 7,9, $p < 10^{-5}$).

Tableau 10 : Conséquences de la transition de soins « optimale » et du transfert de soins « non programmé » sur le suivi et la prise en charge des patients en psychiatrie adulte

		Transition de soins		Transfert		p
		« optimale »		« non programmé »		
		(n=7)	(%)	(n=13)	(%)	
Suivi	à 1 an	6	85,7	11	84,6	NS
	à 2 ans	6	85,7	6	46,2	NS
	à 3 ans	7	100	4	30,8	< 10 ⁻³
Type PEC ⁽¹⁾	Cs. aux urgences ⁽²⁾	4	57,1	11	84,6	NS
	H. complète ⁽³⁾	3	42,9	7	53,8	NS
	H. en CI ⁽⁴⁾	0	0	2	15,4	NS

(1) : Prise en charge

(2) : Consultation aux urgences

(3) : Hospitalisation complète

(4) : Chambre d'isolement thérapeutique

IV. DISCUSSION

A. Population étudiée

A.1. Evolution de la population d'étude

A.1.1. Nombre de patients

Dans notre étude, la population, initialement prise en charge, diminuait au fil des années ce qui rejoignait les résultats des données statistiques nationales (53). 174 patients âgés de 17 ans ont été inclus dans l'étude. Deux tiers de la population avait été perdue de vue à un an et 83,3% à deux ans. Ainsi seule 16,7% de la population initiale était encore suivie à 2 ans.

La période de l'adolescence reste associée à des difficultés d'accès aux soins avec des risques de rupture dans le parcours de soins (10). Ce taux important de perdus de vue pouvait être en lien avec certains obstacles, comme le manque d'information concernant le milieu psychiatrique. Les adolescents pouvaient également mettre en avant la crainte d'aller vers le soin psychiatrique adulte (53). L'émancipation et la prise d'autonomie progressive du jeune adulte pouvait également expliquer la diminution du taux de suivi à un an et à deux ans.

Des études réalisées aux Etats-Unis et au Royaume-Uni, respectivement en 2012 et 2013 par Singh et all. (54) ont démontré que l'offre de soins diminuait, dès que le jeune atteignait 16 ans (25 à 45%) et encore plus à 18 ans (60%).

Dans notre population d'étude, plus de la moitié des patients étaient suivis à la MDA. Une diminution des prises en charge était retrouvée à un an (34,8%) et s'accroissait à deux ans (3,4%) alors que la population étudiée était âgée de 18 et 19 ans. Cette diminution de prises en charge entre 2015 et 2017 pourrait être en lien avec plusieurs raisons : la majorité des adolescents pris en charge à la MDA sont lycéens (55) et donc susceptibles de changer de structure scolaire ou d'orientation et de déménager entre 17 ans et 19 ans, entraînant ainsi un arrêt de la prise en charge.

A.1.2. Caractéristiques socio-démographiques de la population

A.1.2.1. Sexe des patients

L'évolution de la population de notre étude montrait une majorité féminine en 2015 (60,9%), avec une tendance qui s'inversait à deux ans (2017) où la population masculine (58,6%) était légèrement supérieure. Selon l'étude de Lim et all. réalisée en 2013 (30), la population adolescente suivie en psychiatrie, tous diagnostic confondus, était principalement masculine. Cependant, notre étude incluait les patients de la MDA, qui était composée d'une population majoritairement féminine à 60%. Selon les rapports nationaux d'activités 2017 de la MDA (45) et le rapport d'activités 2017 de la MDA d'Amiens (55), on retrouvait une majorité féminine parmi les adolescents, âgés de 17 ans. Cela pouvait donc expliquer nos résultats contrastant avec la Littérature. Cependant, à deux ans (2017), les résultats retrouvés rejoignaient les données statistiques nationales (30), avec une population majoritairement masculine.

A.1.2.2. Lieu de vie des patients

La majorité des patients de notre étude vivait au sein de leur milieu familial, ce qui rejoignait les données de la Littérature (56).

- **Le placement**

Le placement est une mesure exceptionnelle, qui concernait, en 2016, 1% de la population infantile générale selon l'Observatoire Nationale de la Protection de l'Enfance (56). Dans notre étude, la prévalence de patients placés était plus élevée (4%). L'intrication entre pathologies psychiatriques et prise en charge sociale, avec une augmentation du risque de développement de troubles psychiatriques chez un adolescent placé, est démontré dans la littérature (57) et

pouvait expliquer nos résultats. Selon une étude réalisée par Bronsard et all. en 2008 dans les Bouches Du Rhône (58) concernant 183 adolescents placés en foyer, une prévalence de 48,6 % de troubles psychiatriques était retrouvée. Parmi ces adolescents présentant des troubles psychiatriques, 18,6% présentaient des symptômes psychotiques (58).

- **Prise en charge globale par l'ASE**

Elle concernait 16,7% de la population de notre étude. La prévalence retrouvée était plus élevée que dans la population générale (2,2%) (57). Cette différence de prévalence pourrait s'expliquer par le fait que la population étudiée présentait des pathologies psychiatriques. Selon la littérature, on retrouve des troubles psychiatriques chez une grande partie de la population adolescente prise en charge par l'ASE, pouvant s'expliquer par une exposition à des facteurs de risques plus importante (carence familial, vécu traumatique) (57). Selon l'étude française réalisée par Vitte et all. en 2017 (59) portant sur 60 adolescents hospitalisés en psychiatrie adulte et pris en charge par l'ASE, une prévalence plus importante d'antécédents familiaux psychiatriques, d'événements traumatiques, de comportements hétéro-agressifs ou encore de déscolarisation était retrouvée chez cette population.

Ces résultats rejoignaient ceux d'une étude anglo-saxonne , menée par Richards et all. en 2004 (40), qui montrait que la prévalence de troubles psychiatriques était supérieure à 50% chez les jeunes placés, impliquant selon certains auteurs la nécessité d'un « *behaviorial care system* » relié directement à l'ASE. Parmi les pathologies psychiatriques, on retrouvait les troubles des conduites et les troubles de personnalité « limite » associés à une impulsivité et une labilité émotionnelle (33). Des faits de maltraitance étaient retrouvés chez les adolescents pris en charge par l'ASE. Or, la régulation émotionnelle associée aux stratégies de coping et de gestion des facteurs de stress apparaissait plus difficile pour les adolescents ayant souffert de faits de maltraitance ce qui pouvait donc entraîner une aggravation des troubles psychiatriques (60).

A.1.2.3 Difficultés liées à l'entourage

Selon les résultats de notre étude, on retrouvait des difficultés en lien avec l'entourage chez plus d'un tiers de la population initiale. Les carences affectives ou les conflits familiaux étaient des facteurs de vulnérabilité reconnus dans la pathologie psychiatrique (60). Ainsi parmi la population suivie en pédopsychiatrie, les troubles psychosociaux étaient généralement surreprésentés (60).

La baisse de la prévalence des difficultés liées à l'entourage était retrouvée, à un an (22,7%) et à deux ans (6,9%) des suivis. Cette baisse de prévalence pourrait s'expliquer par deux facteurs : les adolescents, étant devenus majeurs, avaient pour la plupart quitté le domicile familial, décrit comme délétère (57). De plus, cette évolution rejoignait les données de la Littérature, qui évoquaient des ruptures de soins chez ces adolescents, avec des difficultés de prise en charge reconnues, du fait de l'absence d'étayage familial (57).

A.1.3. Prise en charge des patients

La majorité des patients de notre population d'étude était prise en charge en ambulatoire. En France, selon le rapport 2017 de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS), la prise en charge des patients en psychiatrie ambulatoire (pédopsychiatrie et psychiatrie adulte) était 5 fois plus importante que la prise en charge en hospitalisation complète (53). Ces données démontraient l'importance de la prise en charge en milieu extrahospitalier. En 2016, 60% des actes côtés en France, étaient réalisés en ambulatoire (53). Les suivis ambulatoires en pédopsychiatrie étaient à l'initiative de 97% des demandes de relai de soins (27).

En pédopsychiatrie, l'ambulatoire et l'hôpital de jour restaient privilégiés, afin de maintenir le patient dans son environnement et son milieu ouvert ordinaire, en fonction de sa situation familiale et scolaire. De plus, ce constat était renforcé par le manque de lit d'hospitalisation dans ce secteur (30).

A.1.4. Diagnostics et lieu de prise en charge

En pédopsychiatrie, une majorité de la population était suivie en ambulatoire avec des diagnostics de troubles du comportements et émotionnels et des diagnostics de troubles névrotiques, qui rejoignait les données de la Littérature (53) .

En hospitalisation (complète et partielle) de pédopsychiatrie, l'ensemble des patients pris en charge en HDJ présentaient un diagnostic de troubles du émotionnels et troubles du comportement (100%). Ce diagnostic concernait presque un tiers des patients pris en charge en hospitalisation complète, compte tenu du retentissement des éléments cliniques et de la nécessité d'une prise en charge renforcée pour ces patients. (53). Les troubles du développement psychologique étaient majoritairement pris en charge en pédopsychiatrie ambulatoire (12,1%).

B. La transition de soins vers la psychiatrie adulte

B.1. Absence de protocole de soins

Aucun protocole de soins spécifique à la transition vers la psychiatrie adulte n'est retrouvé à Amiens. Dans notre étude, on retrouvait un faible taux de transition de soins programmée « optimale ». Ce faible taux pourrait être en lien avec l'absence d'indication à une transition de soins, ou en lien avec le défaut de protocole établi.

La question d'un protocole de soins standardisé, avec une limite d'âge pré établie ne dépassant pas l'âge de la majorité (18 ans en France), afin de symboliser le passage à l'autonomie, est avancée par plusieurs auteurs (4). L'étude européenne réalisée par Signorini et all en 2017 (61) a validé l'indication d'un protocole en identifiant des nécessités dans le domaine de la transition telles que : établir un programme commun de transition pour les professionnels, partager les ressources et les documents, promouvoir une organisation commune, revoir les procédures existantes, évaluer les besoins du jeune, inclure le jeune et sa famille dans le processus.

Cette absence de protocole de transition de soins n'est pas spécifique à la psychiatrie ; en soins somatiques, une étude européenne datant de 2016 réalisée par Sakr et all. (62) concernant des patients diabétiques de type 1, a pu identifier certains facteurs d'amélioration du relai vers les soins adulte comme, un programme d'éducation et d'information concernant la transition, un coordonnateur de soins, une anticipation, une relation thérapeutique solide dans le milieu pédiatrique, une gestion conjointe avec flexibilité. Plus récemment en France, à Paris, un projet « TRANSAD » (63) en médecine pédiatrique a été mis en route dans le but d'identifier un programme de transition adapté au contexte français tout en prenant en compte l'opinion des différents acteurs de la transition. D'autres projets ont été développés aux Etats-Unis (19)

Un outil de mesure standardisé permettant d'identifier les adolescents nécessitant une transition de soins vers la psychiatrie adulte pourrait être intégré dans ce protocole. L'étude Milestone (64), actuellement en cours de réalisation s'est intéressée à la transition des soins en santé mentale en Europe, a défini dans ses objectifs la nécessité de l'identification des jeunes ayant besoin d'une transition de soins en psychiatrie adulte. Un outil de mesure TRAM (Transition Readness and Appropriatness Mesure) est à l'étude. Néanmoins, une étude réalisée en 2017 à Lille par Bechtal et all. (65) expliquait, que le transfert automatisé des jeunes dans des services adultes était non seulement utopique mais également anti-thérapeutique.

Protocoliser les relais de soins de façon automatisée pourrait sembler complexe. Cependant théoriser la transition de soins pourrait permettre de répondre aux besoins des jeunes et aux enjeux psychiatriques, éthiques et sociétaux que cette période soulève. Bien qu'un modèle de soin unique soit difficilement applicable, des protocoles issus d'évaluations locales pourraient être pensés, visant à répondre aux besoins de cette population avec une adaptation de l'offre de soins aux données démographiques, épidémiologiques et sociales.

B.2. Faible taux de relai de soins

En France, la transition de soins programmée avec des critères de transition dite « optimale » reste exceptionnelle selon les résultats de l'étude réalisée par Dhote et al. en 2017 (19). Une étude anglaise réalisée par Paul et al. en 2013 (66), a inclus 154 cas de passage de relai de soins, a retrouvé seulement 5% de transition de soins programmée « optimale ». L'étude réalisée par Schandrin et al. à Montpellier en 2013 (33) portait sur l'évaluation de 31 relais de soins vers la psychiatrie adulte a retrouvé une transition de soins programmée « optimale » pour 13,8% des prises en charge.

Dans notre étude, parmi la population initiale, 11.5% des patients ont bénéficié d'un relai de soins (transition de soins programmée « optimale » et non programmée) vers la psychiatrie adulte. Seuls 4% des patients ont réalisé une transition de soins programmée « optimale ». Nos résultats rejoignent donc ceux des précédentes études. Ainsi, seulement un tiers des patients ayant eu un relai de soins, ont bénéficié d'une transition de soins « optimale », alors même que sa nécessité en termes de poursuite des soins a été démontrée (66).

Le faible taux de transition de soins programmée « optimale » en psychiatrie adulte retrouvé pourrait être en lien avec une absence d'indication à un relai de soins en psychiatrie adulte. Cependant, à Amiens, comme au niveau national, l'absence d'un protocole établi concernant la transition de soins, pourrait avoir comme conséquence une absence de relai et donc une possible rupture dans le parcours de soins. Un outil de mesure standardisé permettant d'identifier les adolescents nécessitant une transition de soins pourrait être intégré dans le protocole de transition.

L'indication de la transition est souvent posée au cas par cas selon les situations cliniques. Cette absence d'outils standardisés pourrait expliquer les résultats hétérogènes en termes de prévalence dans les différentes études s'intéressant à la transition de soins vers la psychiatrie adulte. De plus, la limite d'âge fixée à 17 ans pourrait être arbitraire, avec des pratiques souvent adaptées à la situation clinique du patient et à l'évaluation des professionnels de

pédopsychiatrie. Ainsi, selon les situations cliniques, la transition de soins a pu être réalisée précocement.

B.3. Transition de soins programmée « optimale »

Dans notre étude, la transition de soins « optimale » était évaluée selon 6 critères retrouvés dans la Littérature et notamment dans l'étude réalisée par Singh et all. en 2009 (42) : une synthèse, une transmission d'informations, un entretien familial, une présentation, la présence d'un référent et une période de soins parallèles.

B.3.1 Synthèse entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte

La synthèse entre professionnels est reconnue comme étant un critère de transition optimale dans la Littérature (41). Durant l'étude réalisée par Schandrin et all. à Montpellier (3) en 2013, et portant sur 31 relais, une synthèse n'était présente que dans 13% des transitions de soins. Dans notre étude, dans le cas des transitions de soins « programmées », l'ensemble des patients a pu bénéficier d'une synthèse. La synthèse durant la transition de soins, semble nécessaire afin d'évaluer la pertinence du relai et l'anticipation de celui-ci. L'échange d'informations entre les professionnels impliqués (médical et paramédical), permet de mieux appréhender la situation clinique et d'anticiper les risques de rupture dans le parcours de soins (27).

Cette étape de rencontre entre équipes permettrait également de rassurer les professionnels impliqués. En pédopsychiatrie, elle peut faciliter le vécu de la transition de soins, qui peut être culpabilisant face à la représentation de la psychiatrie adulte et la crainte d'une chronicisation de la prise en charge. De plus, le relai de soins en psychiatrie adulte peut susciter une sensation d'échec chez les pédopsychiatres avec un sentiment d'abandon en miroir, face à des patients souvent en carence affective et ayant surinvesti le suivi. En psychiatrie adulte, la synthèse peut faciliter la prise en charge spécifique de la clinique de l'adolescent, avec son approche développementale et systémique, différente de l'approche thérapeutique retrouvée en soins adulte.

B.3.2. La transmission des données

La transmission des données est reconnue comme critère de transition de soins programmée « optimale » (41). Dans une étude anglaise réalisée par Paul et all. en 2013 (66), 27% des relais effectifs avaient bénéficié d'une transmission de données. Dans notre étude, dans le cas d'une transition de soins « programmée » optimale, près de trois-quart des patients ont pu bénéficier d'une transmission d'informations retrouvée.

La transmission de données peut permettre de connaître la situation clinique du patient et de pouvoir appréhender l'aspect thérapeutique de façon optimale en évitant, par exemple, une redondance au niveau des examens d'exploration ou encore concernant l'introduction de thérapeutiques médicamenteuses.

Une amélioration est cependant à prévoir, à titre d'exemple, au niveau des logiciels informatiques. Concernant les hôpitaux gérant à la fois de la pédopsychiatrie et de la psychiatrie adulte, on pourrait envisager un onglet portant sur la transition en elle-même avec des informations, telles que les noms du praticien référent, le diagnostic, l'histoire de la pathologie, les prises en charges, les motifs de relai en psychiatrie adulte, la date de la 1^{ère} évaluation commune, le degré d'implication du patient dans cette transition ainsi que celui des proches et le devenir prévu du patient (3).

B.3.3. Entretiens familiaux

Les données de la Littérature ont démontré la nécessité d'inclure les proches dans ce processus de transition de soins (61). Bien que cette implication puisse sembler controversée du fait de la majorité et du développement de l'autonomie des patients, le passage en psychiatrie adulte peut être ressentie de façon très négative par l'entourage (67). En effet, en pédopsychiatrie, les proches du patients sont investis dans la prise en charge alors qu'en psychiatrie adulte, le patient dans son fonctionnement individuel, est priorisé et les proches moins sollicités (61). Cependant, les patients, ayant des difficultés liées à l'entourage, ne bénéficient pas toujours de cette approche systémique en pédopsychiatrie. Ainsi, lors des transitions de soins, une carence dans l'entourage ne permettait pas d'organiser d'entretien familial lors de la transition de soins.

En rassurant et en impliquant l'entourage du patient dans la transition de soins, qui peut être vécue de façon anxiogène, celle-ci pouvait être facilitée. De plus, un entretien familial peut permettre de mieux connaître le patient et sa situation clinique. L'étude européenne réalisée par Signorini et al. en 2017 (51) a démontré que sur 27 pays, seuls 46% d'entre eux avaient inclus l'entourage du patient dans la transition de soins. De plus parmi ces pays, 18% d'entre eux se contentaient d'un accord écrit du détenteur de l'autorité parentale. Dans notre étude, lors d'une transition de soins programmée, 85.7% des patients avaient bénéficié d'entretiens familiaux.

B.3.4. Présentation du patient en psychiatrie adulte

La présentation est reconnue comme un critère de transition de soins programmée « optimale » dans la Littérature (41). Dans notre étude, lors des transitions de soins programmée, plus de la moitié des patients, ont pu bénéficier d'une présentation en psychiatrie adulte.

Rencontrer les équipes de psychiatrie adultes ne peut que réaccentuer la motivation du patient dans le parcours de soins avec des propositions d'approfondissement concernant : l'éducation thérapeutique par rapport à la pathologie, le statut social et la continuité des soins (17). De plus cette présentation peut être envisagée comme une médiation de la transition et permettre une transition sereine débutant sous la forme d'une prise en charge, à titre d'exemple, au niveau des HDJ ou des CATTP. En incluant le patient rapidement dans des activités thérapeutiques, cela pourrait permettre d'améliorer l'observance aux soins.

B.3.5. Période de soins parallèles

L'importance de cette période de soins parallèle dans les transitions de soins en psychiatrie a été démontrée dans plusieurs études (41,66). De plus, une étude Suédoise réalisée par Reale et all. en 2016 (1) ainsi qu'un travail de thèse réalisée dans les Alpes- Maritimes par Lamberlin et all. en 2017 (27), portant sur les ressentis des professionnels concernant la transition de soins en psychiatrie, ont souligné l'importance de ce facteur pour les professionnels impliqués. En outre cette période de soins parallèle peut permettre une évaluation et un retour d'information du psychiatre adulte au pédopsychiatre et ainsi améliorer leur collaboration.

Concernant sa durée, les données de la Littérature évoquaient une période de 6 mois maximum au risque sinon d'accentuer les difficultés pour l'adolescent. La période optimale reconnue était de trois mois (3). Cependant, il semblait nécessaire de pouvoir définir à l'avance sa durée afin de préparer l'adolescent et ses proches à l'arrêt définitif des soins en pédopsychiatrie.

Cette période de soins parallèles n'est actuellement pas systématique lors des transitions de soins programmée. L'étude réalisée par Schandrin et all en 2013 à Montpellier (33), portant sur 31 relais de soins a montré son absence dans 79,3% des transitions de soins effectuées. Dans notre étude, elle n'était présente que dans 14.3% des cas de transition de soins programmée « optimale » avec une durée moyenne de 3 mois ce qui correspondait à la durée recommandée. La faible proportion de période parallèle retrouvée dans notre étude pouvait s'expliquer par des difficultés de démographie médicale au sein des structures de soins Amiénoises.

B.3.6. Le leadership ou référent médical

L'implication d'un leadership, coordonnateur de la transition de soins, est souvent évoquée dans la Littérature (7), et est d'ailleurs définie comme un critère de transition « optimale » (41). Dans notre étude, l'ensemble des patients ayant réalisé une transition de soins programmée, ont bénéficié d'un référent de la transition.

Sa mission était, de repérer les patients susceptibles de devoir bénéficier d'une transition de soins, de faire le lien avec l'équipe de psychiatrie adulte, de répondre aux questions spécifiques, de favoriser la réflexion autour du parcours de vie et du parcours de soin, d'organiser le dispositif de transition et de rencontrer la famille et le jeune. Un retour et une évaluation des pratiques pourrait également être un rôle envisagé pour ce professionnel.

B.4. Implication du patient dans la transition de soins « programmée »

Inclure le patient dans ce processus de transition de soins est reconnu comme facteur prédictif de transition de soins programmée « optimale » (4). A l'heure actuelle rien n'est protocolisé concernant cette donnée. L'étude européenne de 2017 réalisée par Signorini et all. (51) a inclus 27 pays, a retrouvé que, seuls 33% des pays mettaient le patient au centre du déroulement de la transition de soins. Dans notre étude, plus de la moitié de la population ayant réalisé une transition de soins « programmée », ont bénéficié d'une présentation aux structures de psychiatrie adulte.

Inclure le patient dans le parcours de soins, le faire participer et adhérer au projet de transition par le biais de visites ou de rencontres avec les équipes de psychiatrie adulte, peut permettre de réaccentuer sa motivation dans le soin. Anticiper et préparer le patient à la transition de soins peut permettre une diminution de l'anxiété et une meilleure observance aux soins ultérieurs.

Une étude anglaise réalisée par Munoz-Solomando et all. en 2010 (67), a porté sur le ressenti des adolescents lors de la transition de soins et a pu reprendre les facteurs nécessaires à une transition réussie selon les adolescents, en s'axant sur les 3 périodes : pré, per et post transition :

-La phase de pré-transition : un pédopsychiatre à l'écoute, une flexibilité dans le suivi, une anticipation de la transition et une implication du jeune dans le planning défini.

-La transition proprement dite : une prise en charge individuelle définie en fonction des attentes et des buts de chacun avec une amélioration de l'accompagnement toujours dans le but

d'amener vers une certaine autonomie requise en psychiatrie adulte. Est également reconnue le bien-fondé d'une période de soins parallèle avec la continuité des soins assurée.

- La phase de post transition : une demande d'implication dans les soins est verbalisée afin d'éviter une décompensation. L'autonomie dans le traitement, le droit de décider de l'implication de ses proches, le partage des informations afin d'éviter de devoir répéter est également décrit.

B.5. Amélioration de la collaboration et de la formation des professionnels impliqués dans la transition de soins

En 2010, une Thèse réalisée en Loire-Atlantique par Volkaert et all. (32), a abordé la question de la transition des soins à travers une enquête réalisée auprès des équipes de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte, impliqués dans les relais de soins. La méconnaissance du fonctionnement des autres institutions ainsi que l'importance des relations de confiance entre les professionnels ont été relevées. L'inquiétude était prépondérante chez les pédopsychiatres avec la crainte de signer une chronicisation des troubles accentué par le manque d'anticipation. Un sentiment fréquent d'échec était relevé notamment lorsque ces transitions étaient effectuées au cours d'un moment de décompensation.

L'un des principaux obstacles à une transition réussie restait également la formation des professionnels, le manque d'enrichissement mutuel et les différences majeures existant entre le milieu pédiatrique et le milieu adulte (9). En Europe, l'étude réalisée par Signorini et all. en 2017 (51) a retrouvé un manque de connaissances de la clinique des adolescents dans 64% des pays inclus. Au Royaume Uni, dans une perspective d'amélioration, une formation aux psychiatres adultes était proposée afin d'être mieux préparé à la prise en charge des adolescents (1/2 journée octroyée par semestre), avec un ressenti positif des professionnels (61).

En France, certaines initiatives sont déjà mises en place, telles que des consultations communes dans les CMP, la création d'unité 16-25 ans ou encore des postes de soignants en soins partagés (19). Ces initiatives ont été instaurées, dans le but de permettre l'amélioration du travail de prévention, d'octroyer une plus grande visibilité du service adulte pour le jeune et ses proches et de faciliter la collaboration entre les services de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte.

Certains auteurs proposaient également un modèle de collaboration reposant sur des réunions entre professionnels, dans le but de discuter de situations cliniques dans un premier temps et de transition de soins dans un second temps (50). Le versant de la pédopsychiatrie pouvant alors

apporter une approche neurodéveloppementale quand le service adulte pourra développer les éléments diagnostics ou encore médicamenteux. Cette collaboration permettrait une meilleure compréhension des adolescents arrivant en service adulte, la mise en place de protocoles de références ou encore de mesures prophylactiques. Cependant il est nécessaire de déterminer le rôle de chacun afin que cela se passe dans les meilleures conditions (67).

Néanmoins, des difficultés persistaient également, concernant l'accès des données entre la psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie, compte tenu du caractère anonyme et confidentiel mis en avant en pédopsychiatrie. Cette situation était présente au sein des structures de soins de pédopsychiatrie à Amiens avec l'impossibilité pour l'équipe de soignants adultes d'accéder facilement, par le biais du logiciel hospitalier, aux données de pédopsychiatrie.

B.6. La limite de l'âge dans la transition de soins

A Amiens, la limite d'âge retrouvée pour la transition de soins vers la psychiatrie adulte était établie à 17 ans. Elle correspondait aux critères d'âge pour une hospitalisation adulte effective à la fois au niveau du CHU mais également du CHPP. Délimiter une limite d'âge concernant la transition de soins en fonction des critères d'hospitalisation en soins adulte permettait d'assurer une prise en charge cohérente et claire pour le patient.

Dans la Littérature, la limite de l'âge de la transition de soins vers la psychiatrie adulte était fréquemment évoquée. Bien que qu'une limite d'âge établie puisse faciliter la gestion des services, elle ne correspondrait finalement qu'à une construction conceptuelle des professionnels et non aux besoins des patients. Une transition de soins nécessitant une flexibilité par rapport à l'âge du relai de soins, avec un regard individuel par rapport au patient et sa pathologie (41).

En Australie, le service de pédopsychiatrie prend en charge les adolescents jusqu'à l'âge de 18 ans et le service de psychiatrie adulte prend en charge les patients à partir de 16 ans, permettant au-delà d'une simple question d'âge de pouvoir se préoccuper de la pathologie du patient ou encore son niveau d'autonomie avec une orientation plus adaptée lors de cette période qu'est l'adolescence (1).

Dans l'étude européenne de Signorini et all. réalisée en 2017(51), la transition se réalisait entre 16 et 20 ans sans aucun protocole retrouvé, ce qui est également le cas en France.

Un relai de soins réalisé trop précocement (avant 16 ans), engendrera des difficultés sur le plan institutionnel. De même un relai trop tardif paraît peu approprié avec le risque d'accentuer les difficultés pour réaliser la transition de soins.

Concernant la transition de soins en soins somatique, dans un référentiel publié en 2011, l'AAP (American According of Pediatrics), l'ACP (American College Physician) et l'AFP (American According of Family Physician) avaient recommandé de débiter la transition vers l'âge de 12 ans afin de pouvoir anticiper sur les dates effectives du changement d'équipe, tout en encourageant l'autonomie et en renforçant l'alliance thérapeutique (5).

L'âge du patient pouvait être un facteur d'orientation en fonction des critères présentés dans les premières demandes de soins en pédopsychiatrie. Ainsi une première consultation demandée à 16 ans en secteur de pédopsychiatrie, pour un motif spécifique et relayé par plusieurs personnes de l'entourage, pourrait être orientée en psychiatrie adulte directement.

C. Facteurs prédictifs d'un relai de soins

C.1. Place de l'entourage familial dans la transition de soins

Selon la Littérature, les difficultés sociales liées à l'entourage ou l'environnement immédiat de l'adolescent, sont un frein à l'accès aux soins en général et donc à une transition vers les soins adultes. Un adolescent, qui a des difficultés sociales, aura une représentation plus effrayante de la psychiatrie adulte que ses pairs, accentuant le risque de ne pas réaliser de transition vers les soins adultes (20).

Ce facteur est également reconnu dans les transitions en soins somatique (34). En 2005, McDonagh (pédiatre américain), dans le cadre de la transition des patients transplantés, a identifié plusieurs obstacles pour une transition en médecine somatique, superposables aux obstacles rencontrés dans le champ de la santé mentale. Parmi ces obstacles, on retrouvait les facteurs de stress familiaux (34).

Ainsi, un entourage étayant est un facteur prédictif positif de transition vers les soins adultes, que ce soit dans les soins somatiques ou plus spécifiquement psychiatriques (7,40,42).

Dans notre étude, un tiers de la population initiale (2015) présentait des difficultés en lien avec leur environnement et leur entourage. Ces difficultés liées à l'entourage étaient retrouvées chez l'ensemble des patients ayant réalisée une transition de soins « programmée » contrastant avec les données de la littérature retrouvées. Néanmoins dans notre étude, l'ensemble des patients ayant réalisé une transition de soins « programmée » présentaient non seulement des difficultés

en lien avec l'entourage mais étaient également pris en charge par l'ASE, qui était reconnu comme facteur prédictif de transition « programmée »(54), ce qui pouvait expliquer nos résultats.

C.2. L'Aide Sociale à l'Enfance et la transition de soins

Les difficultés liées à l'entourage sont reconnues comme étant un frein à l'accès aux soins et plus particulièrement à une réalisation de transition programmée vers la psychiatrie adulte (59).

Cette population spécifique, qui peut être prise en charge par l'ASE, et présenter des troubles psychiatriques, doit donc réaliser plusieurs transitions : celle du devenir adulte impliquant une plus grande autonomie et donc une fin de prise en charge par l'ASE et une transition vers les soins psychiatriques adultes.

Un adolescent pris en charge par l'ASE l'est en théorie jusqu'à l'âge de 18 ans. A cet âge, l'adolescent passe généralement d'un encadrement accru (éducateur, référent ASE, foyer, famille d'accueil) à une autonomie complète pouvant être difficilement gérable et cela même pour les jeunes indemnes de troubles psychiatriques. Cette période de transition correspond donc à une augmentation de la vulnérabilité de l'adolescent.

Selon la demande du jeune et certaines situations très spécifiques, l'aide apportée peut se poursuivre jusqu'à l'âge de 21 ans (stigmate de l'abaissement de la majorité en 1974), cela étant contractualisé entre le jeune et l'équipe éducative. Ces contrats appelés, « *contrats jeunes majeurs* », restant trop peu nombreux et concernant seulement 1/3 des jeunes avec seulement 1% des contrats renouvelés à 1 an (58).

Cependant, récemment une proposition de loi a été déposée en juin 2018 auprès de la Commission des Affaires Sociales de l'Assemblée Nationale, concernant ces « *sorties sèches* » de l'ASE. La loi prévoit dans le cadre de la stratégie de lutte contre la pauvreté, l'obligation d'accompagnement des jeunes jusqu'à 21 ans en cas de rupture familiale, d'absence de soutien moral et matériel, l'absence de ressources financières, de logement ou encore d'hébergement sécurisant. Cette limite d'âge pourrait même être portée à 21 ans pour les départements volontaires. De plus un accompagnement avant la majorité est prévu avec deux entretiens à l'âge de 16 et 17 ans afin de définir les modalités. (68)

Concernant la transition de soins, compte tenu, que cette population était à risque de développer ou de voir perdurer des troubles psychiatriques à l'âge adulte, la prise en charge par l'ASE était un facteur prédictif de transition de soins programmée vers la psychiatrie (32).

Dans notre étude, 16.7% de la population initiale était prise en charge par l'ASE (placement et aide éducative). L'ensemble des patients ayant réalisée une transition de soins « programmée » bénéficiaient d'une prise en charge par l'ASE toutes prises en charges confondues ce qui rejoignait les données de la Littérature (32).

85,7% des patients ayant réalisée une transition de soins « programmée » bénéficiaient d'une aide éducative. L'aide éducative permet à l'adolescent de vivre dans son milieu familial tout en bénéficiant d'un accompagnement dans le quotidien. Cet accompagnement permet donc de veiller au bon déroulement des soins nécessaires et à la transition de soins si nécessaire.

Notre étude rejoignait les données de la Littérature qui montrait que la prise en charge par l'ASE était un facteur prédictif de transition de soins permettant l'organisation de transition de soins programmées. L'amélioration du dialogue entre les structures médicales et sociales peut permettre une prise en charge globale de l'adolescent et de pouvoir anticiper tout risque de rupture dans le parcours de soins. La participation aux synthèses de soins de l'ASE peut également permettre d'anticiper sur le moment adéquat de la réalisation de la transition de soins, en veillant à ce que l'adolescent ne soit pas soumis à plusieurs relais dans le même temps.

Récemment, plusieurs axes d'amélioration relatif à la transition de soins en psychiatrie, de ces patients en difficultés sociales, ont été établis. A titre d'exemple, dans une étude anglo-saxonne réalisée par Manuel et all. en 2018 (69), plusieurs facteurs permettant une amélioration de la transition de soins ont été identifiés tels que des relations cohérentes et bienveillantes avec les adultes, un travail simultané avec le jeune et sa famille, l'encouragement vers l'autonomie et l'indépendance avec une approche active plutôt que passive, l'intervention d'anciens jeunes, et la formation des professionnels. L'ensemble de ces facteurs pouvait permettre de rassurer le patient durant la transition de soins et de développer une relation de soins de qualité avec la psychiatrie adulte.

C.3. Antécédents psychiatriques et suivi dans la transition de soins

C.3.1. Antécédents psychiatriques dans la transition de soins

Parmi les facteurs prédictifs d'une transition en psychiatrie adulte, on retrouvait les antécédents psychiatriques comprenant : les hospitalisations et les suivis ambulatoires antérieurs. Dans notre étude, la moitié de la population avait des antécédents psychiatriques.

L'ensemble des patients, ayant effectué une transition de soins « programmée » avaient des antécédents psychiatriques, ce qui rejoignait les données de la Littérature (32). La présence d'antécédents psychiatriques en pédopsychiatrie pourrait signifier la nécessité d'une transition de soins « programmée » dans le cadre d'une pathologie psychiatrique évolutive.

C.3.2. Suivi dans la transition de soins

Dans notre étude, près de la moitié de la population initiale était suivie par un pédopsychiatre et plus d'un tiers par un psychologue. Hors prise en charge MDA, 91% de la population était suivis par un pédopsychiatre et les trois quart par un psychologue. L'ensemble des patients, ayant bénéficié d'une transition de soins programmée « optimale », avaient un suivi médical. 85,7% un suivi psychologique et 71,4% une prise en charge en rééducation.

Les soins de rééducation en pédopsychiatrie ainsi que le suivi psychologique associé au suivi médical, s'intégraient dans une prise en charge pluridisciplinaire, établie lors de pathologies psychiatriques reconnues et pouvant perdurer dans le futur. Ainsi ce critère rejoignait le facteur de « pathologie grave et durable » qui était un facteur prédictif de transition de soins « programmée » retrouvé dans la Littérature (4).

De façon similaire, les résultats retrouvés dans notre étude, soulignaient le fait qu'un suivi en pédopsychiatrie, par un médecin, est motivé par des éléments cliniques, pouvant évoquer une pathologie psychiatrique au long cours avec, parfois un traitement médicamenteux, justifiant un recours à la psychiatrie adulte plus important. De plus une transition « programmée » en pédopsychiatrie est généralement à l'initiative du pédopsychiatre (70) ce qui renforçait ces données concernant la relation entre un suivi médical et une transition de soins programmée en psychiatrie adulte.

C.4. Traitements pharmacologiques en pédopsychiatrie et transition de soins « programmée »

La prise en charge en pédopsychiatrie est essentiellement centrée sur l'aspect psychothérapeutique et non sur l'aspect médicamenteux, ce qui diffère de la psychiatrie adulte.

(30). Cependant, parfois, selon les signes cliniques, un traitement pharmacologique peut s'avérer nécessaire. Ainsi la prescription de psychotropes en pédopsychiatrie, reste limitée sur le territoire français, elle a été évaluée à 2.2% en 2012 pour la tranche d'âge des 3-18 ans (71). Cependant la prévalence tend à augmenter avec l'âge (72). Plus spécifiquement parmi la population générale âgée de 17 ans en 2016, on retrouvait 9% de prise en charge pharmacologique (73). Dans notre étude, la prévalence de traitement pharmacologique était de 27%. Cette proportion plus importante de traitements pharmacologiques dans notre étude pourrait s'expliquer par le recrutement de notre population parmi les structures de soins de pédopsychiatrie et non pas dans la population générale.

Dans notre étude, parmi les traitements pharmacologiques prescrits, 85,1% d'anxiolytiques et plus d'un tiers de neuroleptique étaient retrouvés. La majorité de la population initiale était prise en charge pour un diagnostic de troubles névrotiques et un diagnostic de troubles du comportement et troubles émotionnels or dans ces diagnostics, de fréquents troubles du comportement ainsi qu'une forte composante d'anxiété sont retrouvés, ce qui pouvait motiver l'instauration d'un traitement anxiolytique et/ou neuroleptique et ainsi expliquer nos résultats. De plus, l'importante proportion des traitements neuroleptiques prescrit pouvait s'expliquer par leur effet anti-impulsif et anxiolytique qui est fréquemment recherché lors des prescriptions en pédopsychiatrie (71).

La faible proportion de traitement antidépresseur retrouvés dans notre étude, pourrait s'expliquer par la faible proportion de diagnostic de syndrome dépressif retrouvé. Selon les données de la Littérature (74), la prescription d'antidépresseur reste minime chez les adolescents, d'une part, compte tenu de la difficulté d'établir un diagnostic d'épisode dépressif caractérisé chez l'adolescent, et d'autre part en raison du risque d'effets délétères lors de l'introduction du traitement. En effet, lors de l'introduction d'un traitement antidépresseur, un effet paradoxal peut être retrouvé pouvant conduire à un passage à l'acte auto ou hétéro agressif et nécessitant de ce fait une surveillance en milieu spécialisé en début de traitement (73). Ce risque était décrit dans plusieurs études dont l'étude française de Welniarz en 2018 (73).

Concernant la transition de soins programmée « optimale », il est reconnu que la prescription d'un traitement en pédopsychiatrie, est un facteur prédictif de transition de soins « programmée » vers les soins adultes (42), Dans notre étude, 85,7% des patients, ayant bénéficié d'une transition de soins programmée « optimale » avait un traitement pharmacologique. Et près de trois quarts des patients, ayant bénéficié d'une transition de soins programmée « optimale » avait un traitement anxiolytique.

Finalement, compte tenu du faible taux de prescription de traitement pharmacologique en pédopsychiatrie (71), le traitement pharmacologique pouvait être révélateur d'une pathologie sévère ayant un retentissement fonctionnel et de ce fait nécessiter un suivi au long cours avec une transition de soins en psychiatrie adulte programmée.

C.5 La Transition de soins programmée selon le diagnostic

L'étude anglaise réalisée par Singh et all. en 2010 (9) a identifié des facteurs prédictifs de transition de soins « optimale » en psychiatrie adulte. Parmi ces facteurs prédictifs, on retrouvait la notion de pathologie grave et durable tel qu'une schizophrénie, un trouble bipolaire ou encore des éléments anxiodépressifs avec ou sans troubles psychotiques. Dans notre étude, on ne retrouvait pas de relation statistiquement significative entre la transition de soins programmée et le diagnostic. Ceci pouvait s'expliquer par le faible effectif de patients ayant effectué une transition de soins programmée « optimale ».

Plus généralement, on sait qu'il existe une grande évolutivité des diagnostics durant l'enfance et l'âge adulte avec un paradoxe : les adolescents peuvent présenter des troubles mentaux graves mais fréquemment réversibles et non corrélés à un niveau de gravité élevé à l'âge adulte (2). De plus, compte tenu de la présentation adolescente avec ses troubles non pathologiques (irritabilité, euphorie, appétit), le diagnostic peut être retardé. A titre d'exemple, le syndrome dépressif peut se présenter sous une forme très différente selon l'âge du patient (75). Des éléments cliniques, tel que des troubles du comportement, agitation et passage à l'acte hétéro agressif, sont fréquemment retrouvés, ces symptômes pouvant dissimuler les éléments dépressifs pendant un temps, fausser le diagnostic et retarder la prise en charge.

C.4.1. Le syndrome dépressif

Le syndrome dépressif caractérisé de l'adolescent reste difficile à diagnostiquer compte tenu de ses spécificités cliniques et de sa présentation parfois atypique (75). Néanmoins, lors d'un diagnostic d'épisode dépressif caractérisé chez l'adolescent, ses conséquences reconnues sur le long terme (concernant la comorbidité de troubles addictifs, de passage à l'acte auto-agressif et de développement d'un syndrome dépressif à l'âge adulte), entraînent une prise en charge renforcée et vigilante, avec parfois l'introduction d'une thérapeutique pharmacologique (76). Ainsi les syndromes dépressifs sont reconnus comme étant un facteur prédictif de transition de soins « programmée » dans la Littérature (66).

Dans notre étude, en 2015, le diagnostic de syndrome dépressif concernait seulement 15,5% de la population rejoignant les données de la littérature, qui évoquait la complexité de

diagnostiquer un syndrome dépressif à l'adolescence. Néanmoins, plus d'un quart des patients ayant bénéficié d'une transition de soins « programmée », avait un diagnostic de syndrome dépressif, démontrant la poursuite des soins et l'étayage mis en place pour ces patients une fois le diagnostic établi. Nos résultats rejoignent donc les données de la Littérature.

C.4.2. Les troubles névrotiques

Dans notre étude, plus d'un tiers des patients avait un diagnostic de troubles névrotiques en 2015. Les deux tiers ont été perdus de vue à un an et 92,7% à deux ans. Les troubles névrotiques, fréquemment retrouvés dans la population adolescente se caractérisait par la présence d'une anxiété, d'une dépendance affective et de troubles de l'humeur (77). A l'adolescence, on retrouve des troubles du comportement associés (crises suicidaires, troubles des conduites), qui sont des motifs fréquents de suivis en pédopsychiatrie (78), ce qui pouvait expliquer la prévalence importante de troubles névrotiques dans notre population. Une régression des symptômes est souvent constatée à l'âge adulte (53), ce qui pouvait expliquer l'absence de suivi et donc la diminution du nombre de prise en charge à un an et à deux ans dans notre population.

Concernant la transition de soins, les patients souffrant de troubles névrotiques sont également à risque de ne pas bénéficier d'une transition vers la psychiatrie adulte (79). Selon une étude anglaise réalisée par Manteufel et all. en 2008, on ne retrouvait une transition programmée que pour 10% des patients diagnostiqués. (79).

Dans notre étude, 14,3% de population, ayant bénéficié d'une transition de soins « programmé » avait un diagnostic de troubles névrotiques alors que ce diagnostic était majoritaire dans la population initiale (39,7%).

C.4.3. Troubles de la personnalité

Les troubles de la personnalité altèrent de façon significative le fonctionnement global de l'individu avec une souffrance exprimée en lien avec les dysfonctionnements sociaux (77).

Les symptômes se manifestent généralement au début de l'âge adulte avec un diagnostic posé à cette période (80), ce qui pourrait expliquer les résultats de notre étude où on retrouvait une faible prévalence dans la population d'étude avec une augmentation à un an et deux ans. Concernant la transition de soins, les patients souffrant de troubles de la personnalité sont également à risque de ne pas bénéficier d'une transition vers la psychiatrie adulte (79). Selon une étude anglaise réalisée par Manteufel et all. en 2008, on ne retrouvait une transition programmée que pour 10% des patients diagnostiqués (79). Dans notre étude, aucun patient

ayant ce diagnostic n'avait bénéficié d'une transition de soins « programmée » ce qui rejoignait les données de la Littérature.

C.4.4. Troubles du comportement et troubles émotionnels

Plus d'un quart des patients de la population d'étude, avait un diagnostic de troubles du comportement et troubles émotionnels en 2015. Plus de la moitié des patients ont été perdus de vue à un an et 80,8% à deux ans. Des dysfonctionnements relationnels et des difficultés de régulation émotionnelles associés à des troubles des conduites sont des éléments cliniques retrouvés dans ce diagnostic (77). Les troubles du comportement évoluaient soit de façon péjorative, soit en régressant vers l'âge adulte. Dans notre étude, la prévalence augmentait à un an et à deux ans.

Parmi les diagnostics de troubles du comportement et troubles émotionnels, on retrouvait le diagnostic de troubles du développement avec ou sans hyperactivité (TDAH). Une prévalence de 4 à 8% chez les enfants mais aussi de 3 à 4% chez les adultes était retrouvée en France (81). Une persistance des symptômes était retrouvée chez 15% des patients à 25 ans avec une rémission partielle pour 65% d'entre eux (42). Néanmoins, en 2015, au Royaume-Uni, seuls 15% des jeunes, souffrant de ces pathologies, effectuaient une transition vers la psychiatrie adulte et seulement 7% en Irlande (81,82).

Dans notre étude, plus du quart des patients ayant réalisé une transition de soins programmée « optimale » avaient ce diagnostic. Néanmoins, on observait une grande proportion de patients perdus de vue à deux ans parmi la population initiale ayant ce diagnostic. Ces résultats rejoignaient donc les données de la Littérature.

C.4.5. Les intoxications médicamenteuses volontaires

Les intoxications médicamenteuses volontaires (IMV), sont intégrées dans les crises suicidaires décrites dans la littérature (83). L'adolescent est soumis de façon générale à de nombreux renoncements produisant des éléments anxieux et perturbant la vie émotionnelle et identitaire ce qui peut expliquer le recours à l'AGIR si fréquent dans cette population (75). Néanmoins, ces crises suicidaires se produisent le plus souvent dans le cas de raptus anxieux s'intégrant dans le cadre de troubles névrotiques, qui seront résolus à l'âge adulte et ne nécessiteront pas de transition de soins. Ces données pouvaient expliquer le nombre de patients perdus à un an et à deux ans dans notre étude. Concernant la transition de soins, aucun patient ayant un diagnostic

d'IMV n'a bénéficié d'un relai de soins dans notre étude ce qui rejoignait les données de la littérature.

C.4.6. Les troubles du développement psychologique

La prévalence des troubles du développement psychologique était minoritaire dans notre population initiale. Selon la littérature, les troubles du développement psychologique sont minoritaires en pédopsychiatrie. Cependant ils sont associés à un risque d'évolution défavorable (77) et nécessitent la poursuite d'un suivi au long cours ce qui rejoignait les résultats de notre étude avec seulement un quart de la population perdue de vue constaté à deux ans de suivi.

La notion de pathologie grave et durable était reconnue comme prédictif d'une transition de soins « optimale ». Néanmoins, les troubles du développement psychologiques ne sont pas reconnus comme facteur prédictif d'une transition de soins alors même qu'ils peuvent persister à l'âge adulte.

Ces pathologies souvent méconnues sont avant tout handicapantes pour le patient du fait des altérations des capacités sociales et de communication, nuisant alors au développement de la vie sociale et plus largement quotidienne. Malgré les conséquences relevées, il a été démontré en France, que moins d'un quart des patients suivis durant l'enfance recevaient des soins en psychiatrie adulte (15). Concernant le devenir de ces patients à l'âge adulte, on retrouvait une stabilité du diagnostic dans 95% des cas, avec une persistance de la dépendance à l'entourage et peu d'insertion sociale. De plus, on retrouvait une aggravation des symptômes à l'âge adulte (68%) avec une évolution le plus souvent qualifiée de péjorative (78%) (84). Il était cependant important de nuancer ces données compte tenu du large éventail des spectres autistiques.

L'évolution de ces pathologies devait donc être prise compte dans le processus de transition des soins vers la psychiatrie adulte compte tenu du risque d'aggravation du pronostic en psychiatrie adulte (85).

Selon une analyse de données conduite par l'HAS en 2012-2013 (86), la majeure partie des patients souffrant de ces pathologies sortait du circuit de soins proposé en psychiatrie adulte, que ce soit au niveau de la prise en charge hospitalière ou ambulatoire. La plupart bénéficiant seulement d'une prise en charge ambulatoire en CMP sous forme d'entretiens individuels (36). Alors même que près d'un quart des jeunes pris en charge pour ce diagnostic devrait bénéficier

d'une prise en charge à temps complet dans des structures adultes selon le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de 2004 (2). Cependant, l'évolution des pratiques évolue, avec récemment la création d'unités Mobiles de diagnostic d'autisme à l'âge adulte « *Les Makaras* », qui proposent un dépistage dans les établissements de santé mentale (87).

En avril 2019, le Secrétaire d'Etat, chargé des Personnes Handicapées (88), a présenté un plan de stratégie nationale pour l'autisme, qui doit se déployer jusqu'en 2022 et qui repose sur 5 engagements : développement de la recherche, dépistage et repérage des troubles précoces, amélioration de la scolarisation des enfants, amélioration de l'inclusion des adultes dans la vie quotidienne et le parcours de soins et amélioration du parcours ainsi que de l'étayage pour les proches. L'autisme et plus largement les troubles neurodéveloppementaux sont donc actuellement une priorité de santé publique.

Dans notre étude, la prévalence du diagnostic de troubles du développement psychologique était minoritaire en 2015. Elle augmentait à un an (10,6%) et à deux ans (20,7%). 14,3% des patients, ayant réalisé une transition de soins programmée « optimale », avaient un diagnostic de troubles du développement psychologique.

C.4.7. Trouble de l'usage et dépendance des substances psycho-actives (SPA)

En France, les addictions et tout particulièrement, l'addiction aux substances psycho-actives chez les adolescents, reste un problème majeur de santé publique (89). Les adolescents en plein processus de maturation cérébrale pouvaient avoir leur développement cérébral modifié à cause de leurs consommations (89). Ces consommations peuvent entraîner l'apparition d'un épisode psychotique bref, réversible et restant unique mais également favoriser une entrée dans la psychose. De plus, plusieurs études ont démontré que les personnes prédisposées à déclencher une entrée dans la schizophrénie le feront de façon plus précoce lorsqu'ils sont consommateurs, entraînant alors un pronostic plus défavorable (90).

Des hypothèses étiopathologiques et psychopathologiques ont été étudiées, concernant le double diagnostic ou pathologie duelle (comorbidité d'un trouble psychiatrique et d'un trouble addictif). Plusieurs études, réalisées notamment par le National Institute of Drug Abuse (NIDA) (24), retrouvaient une relation de causalité bidirectionnelle entre la pathologie psychiatrique et les addictions aux substances psycho-actives. Le pronostic de la pathologie psychiatrique était

aggravé par les substances psycho-actives, qui, elles, augmentaient le risque de pathologie psychiatrique (23).

Une étude prospective réalisée par Schoeler et all. en 2017 (91), qui a évalué l'impact des troubles de l'usage du cannabis sur l'observance thérapeutique et la rechute psychiatrique sur les patients schizophrènes, a trouvé une réduction de l'observance thérapeutique et un risque accru de rechute chez les patients schizophrènes présentant un trouble de l'usage au cannabis (91).

La prise en charge « intégrée » avec un double circuit à la fois psychiatrique et addictologique est donc primordiale et cela dans le but de diminuer les conséquences psychiatriques et addictologiques, et ainsi le retentissement fonctionnel de la pathologie (90).

Dans notre étude, près du tiers de la population d'étude, déclarait consommer des SPA, dont du cannabis pour 31.5% d'entre eux. Il s'agissait du diagnostic principal retrouvé pour 4.6% des patients en 2015. Ils étaient principalement pris en charge en hospitalisation complète, à la MDA et en ambulatoire. A un an, seul 3% de patients étaient pris en charge pour cette pathologie, et à deux ans, aucune prise en charge pour les troubles addictifs n'était retrouvée. Néanmoins, 14,3% de la population ayant réalisée une transition de soins « programmée » était pris en charge pour trouble addictifs.

A Amiens, il n'existe pas, à l'heure actuelle, de structure médicale spécifique dédiée à l'addictologie des jeunes adultes, seule la Consultation des Jeunes Consommateurs (CJC) reçoit cette population dans un cadre médico-social. Concernant les adolescents, âgés de 17 ans suivis à la CJC en 2015, compte tenu de la protection des données et du caractère de confidentialité relatifs aux suivis proposés au sein de la structure, nous n'avons eu accès qu'à peu d'informations. L'échantillon de 20 adolescents suivis en 2015, comprenait 15 garçons et 5 filles. Parmi eux, 3 garçons présentaient des comorbidités psychiatriques : le 1^{er} adolescent était suivi initialement en pédopsychiatrie à Paris et était suivi au CSAPA le Mail depuis son déménagement à Amiens, le 2^{ème} adolescent était suivi au CHPP pour troubles du comportement et le 3^{ème} adolescent était suivi en ambulatoire pour un syndrome anxiodépressif.

Le peu de données retrouvées ne nous a donc pas permis d'intégrer cette population à nos statistiques. Les résultats sont présentés à titre informatif.

Un projet d'équipe de liaison au même type que l'ELSA, mais spécifique à l'adolescent et intervenant à la fois dans des lieux de soins médicaux mais aussi les structures, telle que la MDA, pourrait permettre un meilleur dépistage et une meilleure orientation des adolescents.

C.4.8. Le trouble du comportement alimentaire

Le diagnostic de TCA, qui regroupe des problématiques psychiatriques, somatiques, individuelles et systémiques, constitue un enjeu dans la transition de soins psychiatriques (92). La transition de soins devant se dérouler à la fois en psychiatrie mais aussi en soins somatique où des obstacles sont également retrouvés.

Les éléments cliniques retrouvés dans le TCA, (92), démontraient la nécessité d'une transition de soins « programmée » pour les patients. En effet, selon une étude française réalisée par Blanchet et all. en 2017 (92), plus de la moitié des patients suivis en pédopsychiatrie pour un TCA nécessiteront un suivi en psychiatrie adulte en raison d'une chronicité symptomatique (20 à 30%) voire d'une évolution défavorable (10%).

L'étude européenne réalisée par Signorini et all. en 2017 (51), portant sur 27 pays a démontré que, seul un pays (le Danemark) avait un protocole spécifique pour les patients pris en charge pour un TCA, avec une entrée en service de psychiatrie adulte dès l'âge de 13 ans. En France, aucune étude évoquant un protocole spécifique pour la transition des patients TCA n'a été retrouvée.

Les obstacles évoqués, face à l'absence de transition « programmée », dans la Littérature (93) étaient l'influence de la maladie, qui entraînait une ambivalence aux soins chez le jeune, l'effet de la pathologie sur le développement normal et la diminution de l'investissement parental au moment de la transition de soins. De plus le TCA est une pathologie fréquemment retrouvée en pédopsychiatrie et parfois méconnue des psychiatres adultes, cette donnée renforce la nécessité d'une collaboration entre équipe et d'une formation à la médecine de l'adolescence.

Dans notre étude, on ne relevait qu'un patient avec un diagnostic de TCA en 2015, qui a poursuivi sa prise en charge en pédopsychiatrie, à un an et à deux ans. Les données de la Littérature retrouvées, concernant le relai de soins des patients présentant un TCA, évoquaient le maintien en pédopsychiatrie parfois au-delà de l'âge de 20 ans (93) compte tenu des difficultés pour ces patients à envisager un changement de mode de soins.

D. Le transfert de soins « non programmé »

D.1. Déroulement du transfert de soins « non programmé »

Le transfert de soins non programmé peut s'effectuer de deux façons, soit dans le cadre de l'urgence, soit dans le cadre d'un premier contact en psychiatrie adulte sans aucun critère de transition programmée « optimale » retrouvé.

Le transfert de soins dans l'urgence, consiste à orienter un adolescent suivi initialement en pédopsychiatrie, vers la psychiatrie adulte, après une situation de crise (souvent lors de troubles du comportement) qui est généralement gérée aux urgences. La prise en charge immédiate est bien entendu le premier objectif avec, par la suite, un relai de prise en charge en psychiatrie adulte. La situation est donc anticipée ni par le pédopsychiatre, ni par le psychiatre adulte qui accueille un adolescent en crise, dans l'urgence de la situation. Les objectifs immédiats recherchés étant la protection et la sécurité du patient et des autres. Il s'agit là d'une discontinuité dans le parcours de soin avec une violence administrative où l'adolescent n'a plus sa place et où ses capacités d'adaptation ne sont pas questionnées. On ne peut pas dans cette situation penser à un projet de soins individualisé. Ce transfert « non programmé » en psychiatrie adulte reste néanmoins courant. A titre d'exemple, l'étude européenne réalisée par Signorini et al. en 2017 (51) a retrouvé une absence de la planification de la transition de soins dans 60% des pays inclus.

Dans notre étude, 11,5% de la population a bénéficié d'un relai de soins en psychiatrie adulte, dont une majorité (65%) ont effectué un transfert de soins « non programmé », ce qui rejoignait les données de la Littérature. Parmi cette population, 85,2% ont eu leur premier contact avec la psychiatrie adulte par le biais de l'accueil aux services d'urgences.

L'étude réalisée par Volkaert et al. en 2010, en Loire Atlantique, dans le cadre d'une thèse (32), a montré que près d'un adolescent sur deux, initialement suivi en pédopsychiatrie et qui consultait aux services d'urgence psychiatrique adulte dans un moment de crise, était orienté par la suite en psychiatrie adulte. Cet état des lieux ainsi que les résultats de notre étude, montraient le rôle actuel des services d'urgences de psychiatrie adulte dans la transition de soins non programmée

D.2. Facteurs prédictifs d'un transfert de soins « non programmé »

Parmi la population d'étude, le diagnostic majoritairement retrouvé dans le transfert de soins « non programmé » était les troubles névrotiques (38,5%). Compte tenu de l'évolution

généralement favorable de ce diagnostic à l'âge adulte, on retrouvait de nombreux patients perdus de vue avec un arrêt des prises en charges à la fin de l'adolescence (3). Les symptômes cliniques retrouvés, dans cette catégorie de diagnostic, pouvaient être identifiés comme des troubles non durables qui s'intégraient dans le développement de l'adolescent, et donc ne nécessitant pas de relai de soins en psychiatrie adulte (53). Néanmoins, les troubles du comportement associés à ce diagnostic et retrouvés chez certains patients (impulsivité, anxiété crise suicidaire) (77), pouvaient expliquer le recours au service d'urgence à l'âge adulte avec par la suite un transfert de soins « non programmé » en psychiatrie adulte.

E. Conséquences du relai de soins sur la prise en charge en psychiatrie adulte

E.1. Le suivi des patients

Le déroulement du relai de soins, lors de la transition de la pédopsychiatrie vers la psychiatrie adulte, a un impact sur la poursuite des soins ultérieurs. Selon l'étude réalisée par Schandrin et al. à Montpellier en 2013 (3), près de la moitié des patients n'étaient plus suivis en psychiatrie adulte, un à trois ans après le relai de soins (toutes prise en charge confondues),

Dans notre étude, la proportion de patients suivis et ayant bénéficié d'une transition de soins « programmée » est restée stable à un an, deux ans et a augmenté à trois ans (100%) ; contrairement aux patients ayant effectué un transfert de soins.

Ainsi les données de la littérature (15) associées à nos résultats mettaient en avant l'importance de l'organisation de la transition des soins vers la psychiatrie adulte concernant le devenir et l'alliance thérapeutique. L'absence de programmation de la transition ayant donc un lien direct avec l'observance et la poursuite des soins ultérieurs.

E.2. Recours aux hospitalisations complètes et aux services d'urgence

Parmi les conséquences d'un transfert « non programmé » en psychiatrie adulte, on retrouvait une augmentation du nombre d'hospitalisation complètes en psychiatrie et le recours plus fréquent à une chambre d'isolement thérapeutique (32). Selon l'étude réalisée par Volkaert et al. en 2010 dans le cadre d'un travail de thèse, en Loire Atlantique (32), on retrouvait une relation entre ces « transferts non programmés » et une hospitalisation en psychiatrie adulte par la suite (32). De façon similaire, un lien entre ces transferts « non programmés » et une prise en charge nécessitant la mise en chambre d'isolement thérapeutique a été établi. Ainsi, près d'un

tiers de patients, pris en charge en psychiatrie adulte de façon « non programmée » et par le biais des urgences, avait nécessité une mise en chambre d'isolement thérapeutique (32).

Dans notre étude, les patients ayant bénéficié d'un transfert de soins « non programmé », ont eu majoritairement recours aux services des urgences (84,6%) comparé aux patients ayant bénéficié d'une transition de soins « programmée » (57,1%). Les patients ayant bénéficié d'un transfert de soins « non programmé » ont eu également majoritairement recours à l'hospitalisation en psychiatrie adulte et à une prise en charge en chambre d'isolement thérapeutique comparé aux patients ayant bénéficié d'une transition de soins « programmée », où on ne retrouvait aucune prise en charge ayant nécessité un recours à une chambre d'isolement thérapeutique. Nos résultats rejoignent donc les données de la Littérature.

Le recours à la chambre d'isolement thérapeutique est une décision médicale, une mesure limitée dans le temps et de dernier recours. Cette prise en charge s'impose lors d'une situation clinique le nécessitant (mises en danger, risque auto ou hétéro agressif) et pour les patients hospitalisés sous contrainte (94). Ainsi, son recours majoritaire chez les patients ayant bénéficié d'un transfert de soins « non programmé » démontrait une aggravation clinique ou une décompensation de la pathologie préexistante dans cette population. Or, ces épisodes de décompensation pourraient être un facteur aggravant le pronostic, selon la pathologie (95).

E.3. Délai de prise en charge

Dans notre étude, le délai moyen de prise en charge entre la transition de soins « programmée » et la prise en charge en psychiatrie adulte était plus court de 4 mois pour les patients ayant bénéficié d'une transition de soins « programmée » comparé aux patients ayant bénéficié d'un transfert de soins « non programmé » (t-test= 7,9, $p < 10^{-5}$).

Ce délai plus long, lors des transferts de soins « non programmé » pouvait engendrer une baisse de l'alliance thérapeutique, une rupture dans le parcours de soins, pouvant aggraver la pathologie préexistante. L'étude réalisée par Schandrin et all. en 2013 à Montpellier (3) a déterminé que près de 50% des patients ayant bénéficié d'un relai de soins (transition de soins programmée et transfert non programmé) ont eu une période d'arrêt des soins de trois mois entre l'arrêt du suivi en pédopsychiatrie et le début du suivi en psychiatrie adulte ce qui rejoignait les données de notre étude.

L'augmentation du délai de prise en charge entre le relai de soins et la prise en charge en psychiatrie adulte, pourrait favoriser la possibilité d'aggravation des troubles ainsi que le recours plus fréquent à l'hospitalisation complète et aux services d'urgence (15)

F. Axes d'amélioration

F.1. Unités spécifiques dédiées à la transition

La création d'unités spécifiques à la transition, avec une équipe formée aux pratiques dédiées à cette tranche d'âge, semble nécessaire. Cette initiative apparaissait pertinente, notamment pour des pathologies spécifiques peu connues en psychiatrie adulte, telles que les troubles du spectre autistique, le TDAH ou encore le TCA, avec à titre d'exemple une approche corporelle, souvent mise de côté. En Europe, le Danemark et le Royaume-Uni ont des unités spécifiques dédiées à la transition (96) avec une meilleure observance des soins en psychiatrie adulte constatée (51).

Cependant, la création de telles unités spécifiques peut avoir pour conséquence une exclusion de certains adolescents ne rentrant pas dans les critères reconnus de l'unité mais nécessitant cependant une transition de soins. Une approche adaptée à la clinique plutôt qu'à l'âge semblerait plus pertinente compte tenu du polymorphisme des symptômes présentés par les adolescents. En outre, une création d'unité spécifique peut d'autant plus être un obstacle aux perspectives de généralisation de la formation des professionnels, à la clinique de l'adolescence, alors même qu'une continuité des facteurs de risque de l'adolescence à l'âge adulte est reconnue (93).

F.2. Place de la Maison des Adolescents dans la transition

F.2.1. La MDA dans la transition du « devenir adulte »

Compte tenu de ses caractéristiques (accueil au tout venant et sans rendez-vous), la MDA peut être perçue comme un lieu de soins mais également comme un lieu de transition vers l'adulte dans une dynamique à la fois d'autonomisation mais également avec ce caractère de refuge (46). La présence de groupes de parole sur la problématique du « *devenir adulte* » adapté selon l'âge de l'adolescent permet une nouvelle médiation pour cette étape cruciale du développement. Un parallèle peut être évoqué, entre le fonctionnement propre du jeune qui est dans une dynamique faite de moments de régression et de progression et avec le fonctionnement de la MDA si souple permettant au jeune de pouvoir se présenter quand il veut selon ses besoins, de pouvoir arrêter son suivi et y revenir ultérieurement.

F.2.2. La MDA dans le processus de fin de prises en charge en pédopsychiatrie

La MDA peut être un acteur ayant toute sa place dans le processus de fin des prises en charge en psychiatrie, ce qui est évoqué dans le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de 2013 (97). Orienter le jeune à la MDA, après la fin d'un suivi en pédopsychiatrie, peut avoir un rôle dans la prévention des rechutes et peut permettre de garder la situation sous contrôle tout en se dégageant du vécu « stigmatisant » rapportés par les adolescents concernant la prise en charge en CMP (98). L'adolescent, peut avoir recours à la MDA, dans l'esprit d'une véritable transition vers l'arrêt des soins sous contrôle. Cela nécessiterait bien entendu une flexibilité entre les structures telles que les CMP (99).

F.2.3. La MDA dans l'accompagnement vers les soins

Selon les données de la Littérature, un écart entre les besoins immédiats et les soins proposés est régulièrement évoqué par les adolescents (100). Ce décalage constaté a des conséquences sur le soin. En CMP adulte, 18% d'absentéisme était relevé lors d'une première consultation. Chez les adolescents ce chiffre était de 30%. (100).

La MDA peut être considérée comme un pilier du soin grâce à la possibilité d'organiser une véritable entrée vers le soin. En effet l'accueil des jeunes se fait au « *tout venant* » permettant ainsi l'accès à énormément d'adolescents. Cette souplesse en fait un modèle de soins attractifs pour les adolescents (98). La particularité de l'accueil sans rendez-vous dans les MDA et par un accueillant non spécifique mais adapté à l'immédiateté du jeune diffère de la consultation en CMP envisagée avec une intention thérapeutique et une perspective posée. Elle peut constituer de ce fait un pont vers des soins psychiatriques avec une perspective d'orientation selon les signes cliniques retrouvés. Cette spécificité d'accueil peut permettre d'évaluer les situations, nécessitant un relai en psychiatrie, et de les orienter vers des structures plus adaptées.

L'adolescence reste une période à risques concernant le développement de pathologies psychiatriques telle que la psychose. McGorry en 1995, a développé la notion de « *état mental à risque de transition vers la psychose* » (101) avec plusieurs facteurs de vulnérabilité retrouvés (critères Ultra High Risk of Psychotic : UHR-P) (102). Un dépistage précoce associé à une intervention rapide peut permettre une amélioration du pronostic du patient et de sa qualité de vie (103).

Compte tenu de son accessibilité et de son accueil généralisé aux adolescents, la MDA peut donc se positionner, à la fois, dans un rôle d'orientation vers le soin mais également dans un rôle de dépistage.

A titre d'exemple, la MDA de Nancy, associée au centre de liaison et d'intervention précoce a développé un projet commun permettant de pouvoir dépister les signes précoces de schizophrénie et de pouvoir rapidement orienter les adolescents (104). En raison du caractère généraliste de l'accueil, proposer des formations aux accueillants et aux acteurs de la MDA confrontés à la population adolescente, concernant certaines pathologies psychiatriques qui se développent durant l'adolescence, semble pertinent.

A Amiens, la MDA s'inscrit déjà dans une logique de soins partenariales, grâce au dispositif la reliant au service de pédopsychiatrie du CHU et permettant, en cas de situation clinique le nécessitant, de contacter un pédopsychiatre.

Néanmoins la MDA ne doit pas devenir un pseudo CMP et doit rester un dispositif souple et non étiqueté. Les fondements de la création de la MDA reposent sur cette question de rapidité d'accès à un accueil, une écoute et un soin. Son accueil généralisé pour les jeunes, leur entourage ou encore les professionnels doit rester sa principale mission (98).

F.2.4. La MDA dans la transition de soins de la pédopsychiatrie vers la psychiatrie adulte

La prise en charge des adolescents âgé de 17 ans, au sein des MDA, est une piste de réflexion importante à avoir depuis la circulation ministérielle de 2016 (105). Cette population est à risque en termes de difficultés d'accès aux soins et de risque de rupture de soins. Ce risque est augmenté lors des transitions de la pédopsychiatrie vers la psychiatrie adulte. La psychopathologie de l'adolescence ne se prête pas aux enjeux de séparation, de modification ou de rupture dans le processus thérapeutique. Lors d'un arrêt de prise en charge en pédopsychiatrie, les adolescents en fonction de leur parcours de soins et leurs antécédents psychiatriques évoquaient un vécu abandonnique et une augmentation de l'anxiété (43). Le but de la transition en psychiatrie adulte étant finalement de défaire le lien avec la pédopsychiatrie, en évitant la rupture complète et de ce fait la rupture des soins.

La MDA, dans ce contexte de transition vers les soins adulte, pourrait jouer un rôle d'accompagnement complémentaire au CMP. Compte tenu de sa neutralité, elle pourrait permettre d'interroger les modalités de soins et de servir de médiateur entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte, qui restent très différentes dans leurs pratiques de soins. Elle pourrait permettre de réorganiser la relation des deux lieux de soins de façon non plus uniquement duelle mais triangulaire, de renforcer les liens et d'atténuer les différences. Elle pourrait également permettre d'éviter de perdre de vue, certains patients, en réalisant une période parallèle de latence en attendant que l'adolescent soit prêt pour la psychiatrie adulte, qui reste une étape

difficile dans le processus de soin, pour l'adolescent et son entourage (97). Une des missions de la MDA pourrait être également d'informer les structures annexes et les professionnels, liés à l'adolescent, de cette période de fragilité, que représente la transition des soins (69).

Néanmoins, la MDA doit rester un dispositif souple et garder ses objectifs initiaux tout en ayant une vigilance vis-à-vis de ces situations de transition de soins. En effet, impliquer la MDA de façon systématique dans les transitions de soins vers la psychiatrie adulte risque de superposer les prises en charges dans les cas, où la transition de soins est programmée et se déroule sans particularités.

De plus, la transition de soins vers la psychiatrie adulte ne se réalise pas forcément faute de moyens en termes de démographie de psychiatre adulte par exemple. En étant un coordonnateur de soins impliqué systématiquement, la MDA risque de ne pas pouvoir établir de relai pour tous les adolescents concernés et de ne plus pouvoir effectuer les prises en charge de façon adaptée.

Dans notre étude, parmi les patients suivis à la MDA et ayant bénéficié d'un relai de soins en psychiatrie adulte, 14,3% ont bénéficié d'une transition de soins « programmée » optimale et 46,2% ont bénéficié d'une transition de soins « non programmé ». Ces résultats, associés aux données de la Littérature, démontraient l'importance de la MDA dans le dépistage des pathologies précoces nécessitant un suivi sur le long terme puisque 35% (n=7) des patients ayant bénéficié d'un relai de soins en psychiatrie adulte étaient suivis à la MDA. La faible proportion de patients retrouvés dans le cas de transition de soins « programmée » confirmait la nécessité, pour la MDA, de modérer son implication dans la transition de soins et de préserver ses objectifs de missions initiaux. Son intervention dans la transition de soins devant rester ponctuelle et soumise à évaluation.

F.3. Place des équipes mobiles de pédopsychiatrie dans la transition de soins

Les équipes mobiles de psychiatrie (EMP) mises en place en France depuis une quinzaine d'années, se développent actuellement et plus particulièrement en pédopsychiatrie (106).

Actuellement, ces EMP se développent au gré des besoins des secteurs de soins territoriaux psychiatriques, expliquant leur grande hétérogénéité et l'absence de référentiel (106).

Leur prise en charge extrahospitalière permettent une amélioration des soins en ambulatoire, la réduction des recours aux services des urgences et une possibilité de sollicitation avec un étayage entre deux consultations (107). Ces EMP permettent également la réduire le nombre d'hospitalisations, et ainsi de diminuer le risque de chronicisation (106).

Leur implication dans le dépistage des signes précoces des pathologies est également à explorer, dans un modèle proactif de la prise en charge (108) Leur flexibilité aide à une prise en charge des situations de soins complexes, de longue durée, directement dans l'environnement du patient avec un but d'évaluation, de suivi, de gestion de crise et même d'accompagnement au quotidien (109).

De plus compte tenu de l'intrication entre prises en charge médico-sociales et prises en charge psychiatriques, ses services permettent une meilleure collaboration avec les foyers de vie et plus particulièrement l'ASE. Ainsi leur implication auprès des adolescents en transition de soins vers la psychiatrie adulte pourrait être envisagée. A travers leur intervention, elles pourraient rendre accessible une transition flexible et sous contrôle et dans un moment adapté pour l'adolescent. De plus compte tenu de leurs actions, elles pourraient permettre de rassurer l'adolescent et son entourage.

F.4. Initiatives locales

Quelques initiatives locales, dans le domaine de la transition de soins, ont été décrites dans plusieurs études souvent orientées par des facteurs institutionnels et non des recommandations officielles (19).

F.4.1. Au niveau international

Au Québec, en 2017, les services de santé mentale, inquiets de la difficulté d'accès aux soins durant cette période de transition, ont mis en place un programme d'expérimentation et de prestation de soins spécifiquement adressés aux jeunes de 12 à 30 ans souffrant de troubles bipolaires et incluant le versant clinique et thérapeutique mais également l'aspect psychosocial (110). Il se composait d'unités dédiées à cette classe d'âges et s'inscrivait dans un changement de vision psychiatrique en intégrant une approche développementale et évolutive des troubles.

Aux USA, le Programm Young Service Adult,, est un programme de soutien médico-psychologique social flexible et adapté à la demande. L'efficacité sur la transition de soins en psychiatrie adulte, l'intensité des symptômes, la qualité de vie et l'intégration sociale a pu être démontrée (111).

F.4.2. Au niveau européen

Les services anglo-saxons (70) ont pu développer le *wraparound*, un service de soutien personnalisé et multidisciplinaire impliquant le patient, les praticiens, la famille et les travailleurs sociaux.

L'étude Milestone (79), actuellement en cours, s'est intéressée à la transition des soins en santé mentale dans 8 pays européens dont la France. L'objectif principal était de pouvoir étudier le rôle des modèles de transition et développer un guide de bonnes pratiques en Europe (64).

Ses trois objectifs secondaires décrits étaient l'évaluation de l'évolution de la santé mentale et du fonctionnement global de 1000 adolescents pris en charge en pédopsychiatrie, l'identification des jeunes nécessitant une transition grâce à un outil de Mesure TRAM (Transition Readness and appropriatness measure), et l'évaluation de la qualité de la transition grâce à un outil de suivi de mesure des jeunes TROM (Transition Outcome Measure).

F.4.3. En France

A Lille Métropole, quelques dispositifs ont été mis en place grâce à des propositions sénatoriales de 2017, concernant l'harmonisation des pratiques, le renforcement de la coordination et la nécessité d'apporter une réponse aux situations urgentes (21) : le dispositif expérimental EO#ADO (évolution et orientation des adolescents) proposait de faire collaborer les différentes structures impliqués dans l'approche adolescente (département d'action sociale, psychiatrie adulte, psychiatrie infantile, missions locales, association des usagers, PJJ, Education Nationale) afin de faciliter l'accès aux soins pour la tranche d'âge des 12-21 ans. L'objectif principal décrit étant une meilleure gestion des crises et une amélioration de l'accompagnement. L'accompagnement dans la transition de soins en santé mentale, était également évoqué.

Le travail de Thèse réalisée par Lamberlin et all. en 2017 (27) dans les Alpes-Maritimes a pu déterminer, par l'intermédiaire de questionnaires proposés à la fois aux psychiatres adultes et pédopsychiatres, plusieurs axes d'améliorations : Présentation du déroulement du relais de soins à l'adolescent et son entourage, envoi de la demande par le pédopsychiatre avec la réponse attendue du psychiatre adulte, échange téléphonique ou rencontre entre les deux équipes de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte en charge du relai, consultation de relais dite de manière « optimale » avec une infirmière référente de pédopsychiatrie, détermination de la période de

soins parallèle avant le début de la transition, retour d'informations permettant une évaluation de la transition par l'équipe de psychiatrie de l'adulte à 6 mois.

G. Limites de l'étude

Le recueil rétrospectif des données pouvait être à l'origine de quelques biais dans notre étude :

-Biais de sélection : qui pouvait être en lien avec le nombre important de perdus de vue dans la population d'étude.

-Biais d'extraction : La méthode de l'extraction des données par un seul investigateur tendait à limiter ce biais.

V. CONCLUSIONS

L'objectif principal de notre étude était de réaliser un état des lieux de la transition de soins des patients au sein des structures de psychiatrie amiénoises, nos résultats montraient que très peu de relais de soins étaient effectués en psychiatrie adulte avec parmi eux, une minorité de transition de soins programmée « optimale ». Ces résultats rejoignent les données de la Littérature retrouvées avec une nécessité d'amélioration des pratiques.

Néanmoins, on retrouvait, pour l'ensemble des patients ayant bénéficié d'une transition de soins programmée « optimale », plusieurs critères de transition optimale, avec un maintien du suivi en psychiatrie adulte à trois ans. Ainsi après avoir sélectionné les patients nécessitant une transition de soins vers la psychiatrie adulte au moyen d'un outil de mesure établi, établir un protocole en France, qui respecterait les critères de transition optimale, permettrait de réaliser une transition de soins avec moins de risque de rupture dans le parcours de soins.

Les objectifs secondaires de notre étude étaient d'évaluer les facteurs prédictifs d'une transition de soins programmée « optimale », nos résultats montraient que la prise en charge sociale, les antécédents pédopsychiatriques, le suivi médical et la présence d'une prise en charge médicamenteuse étaient liés à une transition de soins programmée « optimale ».

Les transferts de soins « non programmés », avaient pour conséquence une augmentation du recours au service d'urgences, aux hospitalisations complètes et à la prise en charge en chambre d'isolement pour ces patients, démontrant ainsi, une aggravation de leurs symptômes cliniques et une évolution péjorative.

Certaines pathologies pédopsychiatriques sont à risque de perdurer à l'âge adulte, néanmoins la transition de soins vers la psychiatrie adulte, pour les patients concernés par ces pathologies,

restait majoritairement non programmée. En établissant un protocole spécifique et standardisé de transition pour ces pathologies, cela permettrait de rassurer le patient et son entourage, d'optimiser la prise en charge et de diminuer les conséquences néfastes d'un transfert de soins non programmé.

La MDA, grâce à son accueil généralisé et sa réputation positive auprès des adolescents pourrait avoir un rôle dans le dépistage précoce des pathologies psychiatriques comme la psychose et les troubles addictifs. De plus sa neutralité pourrait permettre une amélioration de la collaboration entre les équipes de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte. Elle pourrait permettre également de sensibiliser les professionnels en lien avec les adolescents, face à la question sensible de la transition vers la psychiatrie adulte.

Actuellement, la représentation de la transition de soin entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte en France évolue. Le plan « *psychiatrie et santé mentale 2018-2019* » (112) présenté par la Haute Autorité de Santé (HAS) comprenait un item sur la transition de soins vers l'adulte. Il y était mentionné la nécessité de « *développer les critères permettant de garantir aux patients une transition de qualité entre les services infantiles et adultes.* ». Ce rapport insistait sur cette population à risque, avec le développement de stratégies, afin de lutter contre la stigmatisation des troubles psychiatriques, qui peut être un frein au parcours de soins (113). Le dernier rapport IGAS de 2017 (114) insistait également sur la transition de soins de pédopsychiatrie vers la psychiatrie adulte dans le plan national concernant la pédopsychiatrie.

En dehors de l'étude Milestone, et plus spécifiquement en France, peu d'études de grande ampleur se sont intéressées à la transition de soins. Il semble nécessaire de pouvoir, à plus grande échelle, étudier les relais de soins, leurs caractéristiques et leur qualité afin de pouvoir établir un guide de bonnes pratiques plus spécifique aux modèles de soins et adolescents Français. Un protocole de soins concernant cette période spécifique pourrait permettre aux professionnels impliqués et aux patients de vivre cette transition de façon plus sereine et d'éviter les ruptures dans le parcours de soins.

En outre évaluer la qualité des relais paraît primordial ceci afin de cibler les besoins et les populations. Une évaluation systématique de chaque transition de soins auprès du patient et des professionnels impliqués semble pertinente.

Un relai programmé, issu d'une réflexion conjointe par rapport au processus d'autonomisation de l'adolescent, parallèlement au processus de séparation entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte, peut permettre le bon déroulement d'une transition de façon optimale. Un relai réfléchi

et efficace en fonction des pathologies et en facilitant l'accès aux données de soins de pédopsychiatrie permettrait une appropriation du soin à la fois pour le patient et la nouvelle équipe.

Cette transition de soin doit s'effectuer en complément d'un accompagnement dans ce travail de deuil et de séparation pour le patient et l'équipe de pédopsychiatrie. Le relai de soin vers la psychiatrie adulte doit être vécu comme un processus de soins qui devrait commencer au moment du diagnostic dans la pensée de la continuité des soins.

BIBLIOGRAPHIE

Éditée par Zotero Standalone

Par ordre alphabétique

1. Reale L, Bonati M. Mental disorders and transition to adult mental health services: A scoping review. *European Psychiatry*. 1 nov 2015;30(8):932-42.
2. Jourdain-Menninger, Strohl-Maffesoli H. Enquête sur la prévention et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques. *Résumé*. 2004;1:9.
3. Schandrin A. Les relais entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie d'adulte: évaluation des pratiques professionnelles au centre hospitalier de Montpellier et propositions d'axes d'amélioration [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2011.
4. 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*. 2008;8(1):135.
5. Hart LC, Maslow G. The Medical Transition from Pediatric to Adult-Oriented Care: Considerations for Child and Adolescent Psychiatrists. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. 2018;27(1):125–132.
6. Site officiel de l'Organisation mondiale de la Santé [Internet]. [cité 8 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr>
7. 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;
8. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *The Lancet*. 2007;369(9569):1302–1313.
9. 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*. 2010;197(4):305–312.
10. Coppens E, Knaeps J, Van Audenhove C. ADOCARE—Toward good mental health care for adolescents in Europe by a European collaborative network. 2015;
11. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, De Graaf RON, Demyttenaere K, Gasquet I, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World psychiatry*. 2007;6(3):168.
12. Krebs MO. États mentaux à risque des 15-25 ans: quels systèmes de soins? Elsevier Masson; 2008.
13. Haber MG, Karpur A, Deschênes N, Clark HB. Predicting improvement of transitioning young people in the partnerships for youth transition initiative: Findings from a multisite demonstration. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. 2008;35(4):488.

14. Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore S-J, Dick B, Ezech AC, et al. Adolescence: a foundation for future health. *The Lancet*. 2012;379(9826):1630–1640.
15. Lindgren E, Söderberg S, Skär L. The gap in transition between child and adolescent psychiatry and general adult psychiatry. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 2013;26(2):103–109.
16. Vostanis P. Patients as parents and young people approaching adulthood: how should we manage the interface between mental health services for young people and adults? *Current Opinion in Psychiatry*. 2005;18(4):449–454.
17. Davis M, Sondheimer DL. State child mental health efforts to support youth in transition to adulthood. *The journal of behavioral health services & research*. 2005;32(1):27–42.
18. OFDT - Drogues et toxicomanie en France - Données, études, enquêtes [Internet]. [cité 8 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/>
19. Dhôte J, Moro MR, Lachal J. La transition de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte, état des lieux. <http://www.em-premium.com/data/revues/02416972/v38i312/S0241697217301019/> [Internet]. 6 sept 2017 [cité 8 déc 2018]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com/article/1139276/article/la-transition-de-la-pedopsychiatrie-a-la-psychiatr>
20. Broad KL, Sandhu VK, Sunderji N, Charach A. Youth experiences of transition from child mental health services to adult mental health services: a qualitative thematic synthesis. *BMC psychiatry*. 2017;17(1):380.
21. Vilaplana M, Blond C, Ardoin G, Moreau F, Defromont L, Lips S. Towards a partnership-based care approach to adolescence. *Soins Psychiatrie*. 2017;38(312):20–23.
22. Hasin DS, Grant BF. The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) Waves 1 and 2: review and summary of findings. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2015;50(11):1609–1640.
23. Hartz SM, Pato CN, Medeiros H, Cavazos-Rehg P, Sobell JL, Knowles JA, et al. Comorbidity of severe psychotic disorders with measures of substance use. *JAMA psychiatry*. 2014;71(3):248–254.
24. National Institute on Drug Abuse NI on D. Comorbidity: Substance Use Disorders and Other Mental Illnesses [Internet]. [cité 6 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/comorbidity-substance-use-disorders-other-mental-illnesses>
25. Cogle JR, Hakes JK, Macatee RJ, Chavarria J, Zvolensky MJ. Quality of life and risk of psychiatric disorders among regular users of alcohol, nicotine, and cannabis: An analysis of the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Journal of psychiatric research*. 2015;66:135–141.
26. Lindgren E, Söderberg S, Skär L. Managing transition with support: experiences of transition from child and adolescent psychiatry to general adult psychiatry narrated by young adults and relatives. *Psychiatry journal*. 2014;2014.
27. Lambelin L. 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 du protocole [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2017.
28. Circulaire n° 83-24 du 1er août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants - APHP DAJ [Internet]. [cité 15 févr 2019]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-83-24-du-1er-aout-1983-relative-a-lhospitalisation-des-enfants/>
 29. Circulaire du 11 décembre 1992 : La santé mentale des enfants et adolescents [Internet]. [cité 15 févr 2019]. Disponible sur: http://dcalin.fr/textoff/sante_mentale_1992.html
 30. Lim IS, Garnier B, Dauriac-Le Masson V, Fortias M, Contejean Y. Caractéristiques d'une population adolescente en fonction de son lieu de consultation: comparaison entre un service de psychiatrie adulte et un service de psychiatrie infanto-juvénile. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2013;61(1):1–7.
 31. Laforcade M. Rapport relatif à la santé mentale. France: Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. 2016;
 32. Volkaert M, Blet C. Des soins institutionnels pédopsychiatriques aux soins institutionnels psychiatriques adultes, quelle transition ? : réflexions issues de la situation en Loire Atlantique. France; 2010.
 33. Schandrin A, Boulenger J-P, Batlaj-Lovichi M, Capdevielle D. Relais entre pédopsychiatrie et psychiatrie d'adulte: évaluation et propositions. *European Psychiatry*. 2013;28(8):65.
 34. McDonagh JE. Growing up and moving on: transition from pediatric to adult care. *Pediatric transplantation*. 2005;9(3):364–372.
 35. Bonanno M, Ogez D, Bérubé S, Laverdière C, Sultan S. Comment les psychologues pédiatriques se représentent la transition au milieu adulte? Une étude qualitative sur les facilitateurs et les obstacles perçus. *Pratiques Psychologiques*. 2018;24(3):239–256.
 36. Couillerot-Peyrondet A-L, Leclerc S, André-Vert J, Dhénain M. Autisme et autres troubles envahissants du développement (TED) chez l'adulte: analyse des données du PMSI psychiatrie (Rimp-Psy). *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2017;65:S26.
 37. Gauthier-Boudreault C, Couture M, Gallagher F. How to facilitate transition to adulthood? Innovative solutions from parents of young adults with profound intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 31(S2):215-23.
 38. Bhaumik S, Watson J, Barrett M, Raju B, Burton T, Forte J. Transition for teenagers with intellectual disability: carers' perspectives. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. 2011;8(1):53–61.
 39. Health, Service SCA. CAMHS to adult transition: HASCAS tools for transition—A literature review for informed practice. Author London, England; 2006.
 40. Richards M, Vostanis P. Interprofessional perspectives on transitional mental health services for young people aged 16–19 years. *Journal of Interprofessional Care*. 2004;18(2):115–128.
 41. Suris J-C, Akre C. Key elements for, and indicators of, a successful transition: an international Delphi study. *Journal of Adolescent Health*. 2015;56(6):612–618.

42. Singh SP. Transition of care from child to adult mental health services: the great divide. *Current opinion in psychiatry*. 2009;22(4):386–390.
43. Benoit J-P, Smadja R, Benyamin M, Moro M-R. Construire une relation de soins avec les adolescents. Qu'apporte le nouveau dispositif des Maisons des adolescents ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 1 mars 2011;59(2):86-93.
44. DGOS. Les maisons des adolescents [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017 [cité 19 janv 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/article/les-maisons-des-adolescents>
45. Association Nationale des Maisons des Adolescents (ANMDA). Rapport d'activité 2017-2018.
46. Podlipski M-A, Gerardin P. Les vertes années des Maisons des adolescents. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 1 mars 2011;59(2):94-8.
47. Population par sexe et groupe d'âges en 2019 | Insee [Internet]. [cité 8 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>
48. Dorard G, Bungener C, Phan O, Edel Y, Corcos M, Berthoz S. Quelles comorbidités psychiatriques dans la dépendance au cannabis à l'adolescence ? Comparaison de patients consultants et de témoins. *L'Encéphale*. 1 févr 2018;44(1):2-8.
49. Dervaux A, Laqueille X. Cannabis : usage et dépendance - [Internet]. [cité 12 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S075549821200485X>
50. Singh SP, Evans N, Sireling L, Stuart H. Mind the gap: the interface between child and adult mental health services. *Psychiatric Bulletin*. 2005;29(8):292–294.
51. Signorini G, Singh SP, Marsanic VB, Dieleman G, Dodig-Ćurković K, Franic T, et al. The interface between child/adolescent and adult mental health services: results from a European 28-country survey. *European child & adolescent psychiatry*. 2018;27(4):501–511.
52. Purper-Ouakil D. Améliorer la transition des adolescents entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte [Internet]. 2016. Disponible sur: www.milestone-transitionstudy.eu
53. DRESS. 19 Les patients suivis en psychiatrie [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/19-7.pdf>
54. 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.
55. Rapport activités 2017 MDA de la Somme.
56. Les chiffres clés en protection de l'enfance | Observatoire National de la Protection de l'Enfance | ONPE [Internet]. [cité 3 avr 2019]. Disponible sur: <https://onpe.gouv.fr/chiffres-cles-en-protection-lenfance>
57. Kayser C, Jaunay E, Giannitelli M, Deniau E, Brunelle J, Bonnot O, et al. Facteurs de risque psychosociaux et troubles psychiatriques des jeunes pris en charge par l'aide sociale à l'enfance et ayant recours à des soins hospitaliers. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2011;59(7):393–403.

58. Bronsard G, Lagouanelle-Simeoni M-C. Evaluation en santé mentale chez les adolescents placés: L'épidémiologie à la relance de la pédopsychiatrie dans le champ de l'enfance en danger. Marseille, France; 2012. 205 p.
59. Vitte L, Belloncle V, Gérardin P. Adolescents hospitalisés dans les services de psychiatrie adulte: une étude descriptive à la lumière des problématiques relevant de la protection de l'enfance. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2017;65(6):360–367.
60. Delaville E, Pennequin V. Effets de la maltraitance sur la régulation émotionnelle des enfants et des adolescents confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance. In: *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Elsevier; 2018.
61. Huline-Dickens S. The interface between child and adult mental health services. *Psychiatric Bulletin*. 2005;29(12):471–471.
62. Sakr R, Dupuy O, Voican A, Pietri L, Huet D. Difficultés de prise en charge de jeunes diabétiques en transition. *Médecine des Maladies Métaboliques*. 2016;10(8):763–770.
63. Le Roux E. Transition des soins pédiatriques vers les soins pour adultes chez les adolescents porteurs de maladie chronique [Thèse de doctorat]. [Paris] (1971-2017, France): Université Pierre et Marie Curie; 2017.
64. milestone [Internet]. [cité 8 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.milestone-transitionstudy.eu/>
65. Bechetoille B, Faucon X. Joris or the story of a programmed break. *Soins Psychiatrie*. 2017;38(312):28–30.
66. 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*. 2013;202(s54):s36–s40.
67. Munoz-Solomando A, Townley M, Williams R. Improving transitions for young people who move from child and adolescent mental health services to mental health services for adults: lessons from research and young people's and practitioners' experiences. *Current Opinion in Psychiatry*. 2010;23(4):311–317.
68. Questions sociales et santé : accompagnement des jeunes majeurs vulnérables vers l'autonomie (Dossier législatif en version dépliée) - Assemblée nationale [Internet]. [cité 8 déc 2018]. Disponible sur: http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/dossiers/alt/accompagnement_jeunes_majeurs_vulnerables_autonomie
69. Manuel JI, Munson MR, Dino M, Villodas ML, Barba A, Panzer PG. Aging out or continuing on? Exploring strategies to prepare marginalized youth for a transition to recovery in adulthood. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2018;41(4):258.
70. Maurice V, Russet F, Purper-Ouakil D. Une étude européenne sur la transition en santé mentale. *Soins Pédiatrie/Puériculture*. 2017;38(297):24.
71. Marcelli D, Cohen D. 30 - Traitements psychotropes chez l'enfant. In: Marcelli D, Cohen D, éditeurs. *Enfance et Psychopathologie (Dixième Édition)* [Internet]. Paris: Content Repository Only!; 2016 [cité 8 janv 2019]. p. 775-800. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294751271000308>

72. Acquaviva E, Peyre H, Falissard B. Panorama de la prescription et de la consommation des psychotropes chez l'enfant et l'adolescent en France. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 1 janv 2012;60(1):77-85.
73. Welniarz B. Actualités du traitement pharmacologique de la dépression de l'adolescent. *L'information psychiatrique*. 2018;94(6):468–474.
74. Coulon S, Azibi I, Willoquet G, Biour M. Prescription médicamenteuse en pédopsychiatrie. Pharmacocinétique des psychotropes chez l'enfant. *L'information psychiatrique*. 5 mars 2018;Volume 94(2):95-100.
75. Marcelli D, Braconnier A, Tandonnet L. 16 - Le problème de la dépression et des troubles de l'humeur à l'adolescence Chapitre rédigé avec la collaboration de LouisTandonnet, pédopsychiatre, ancien chef de clinique-assistant des hôpitaux de Poitiers, praticien hospitalier, CHD La Candélie, Agen. In: Marcelli D, Braconnier A, Tandonnet L, éditeurs. *Adolescence et Psychopathologie (Neuvième Édition)* [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2018 [cité 12 janv 2019]. p. 337-77. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294754272000168>
76. Marcelli D. 81. La dépression chez l'enfant. In: *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Presses Universitaires de France; 2004. p. 1437–1461.
77. American Psychiatric Association APA, Crocq M-A, Guelfi J-D. *DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 5ème édition. Elsevier Masson; 1176 p.
78. DRESS. *Les patients suivis en psychiatrie*. 2017.
79. Manteuffel B, Stephens RL, Sondheimer DL, Fisher SK. Characteristics, service experiences, and outcomes of transition-aged youth in systems of care: Programmatic and policy implications. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. 2008;35(4):469–487.
80. Galinowski A. L'annonce du diagnostic en psychiatrie. *Laennec*. 2011;Tome 59(3):44-58.
81. Young S. ADHD children grown up: an empirical review. *Counselling Psychology Quarterly*. 2000;13(2):191–200.
82. Swift KD, Hall CL, Marimuttu V, Redstone L, Sayal K, Hollis C. Transition to adult mental health services for young people with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): a qualitative analysis of their experiences. *BMC psychiatry*. 2013;13(1):74.
83. Chérif L, Ayedi H, Sahnoun F, Walha A, Moalla Y, Rekek N, et al. Psychopathologie des tentatives de suicide chez les adolescents. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 1 sept 2012;60(6):454-60.
84. Kochman F, Bach E, Dereux A, Arens G, Garcin V. Le devenir des troubles envahissants du développement après l'adolescence. *L'Encéphale*. 2010;36:S54–S57.
85. Burke KC, Burke JD, Regier DA, Rae DS. Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Archives of general psychiatry*. 1990;47(6):511–518.
86. Haute Autorité de Santé - Trouble du spectre de l'autisme - Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent [Internet]. [cité 8 déc 2018]. Disponible sur:

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_468812/fr/trouble-du-spectre-de-l-autisme-signes-d-alerte-reperage-diagnostic-et-evaluation-chez-l-enfant-et-l-adolescent

87. Curti R, Krouch T, Broder G, Védie C, Poinso F. Intérêt des unités mobiles de diagnostic de l'autisme à l'âge adulte: présentation d'un dispositif innovant. In: Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. Elsevier; 2018.
88. Stratégie autisme et neuro-développement - Secrétariat d'État auprès du Premier ministre chargé des Personnes handicapées [Internet]. [cité 6 avr 2019]. Disponible sur: <https://handicap.gouv.fr/presse/dossiers-de-presse/article/strategie-autisme-et-neuro-developpement>
89. Phan O, Obradovic I, Har A. Abus et dépendance au cannabis à l'adolescence : diagnostic. Archives de Pédiatrie. 1 janv 2017;24(1):91-5.
90. Krebs M-O, Gut A, Plaze M, Dervaux A. L'impact du cannabis à l'adolescence sur la transition psychotique de l'adulte. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. 1 juill 2013;61(4):224-30.
91. Schoeler T, Petros N, Di Forti M, Klamerus E, Foglia E, Murray R, et al. Poor medication adherence and risk of relapse associated with continued cannabis use in patients with first-episode psychosis: a prospective analysis. The Lancet Psychiatry. 2017;4(8):627–633.
92. Blanchet-Collet B, Lefevre H. La transition enfant-adulte pour les patients souffrant de troubles des conduites alimentaires - EM Premium [Internet]. 2017 [cité 4 avr 2019]. Disponible sur: <https://www-em-premium-com.merlin.u-picardie.fr/article/1128572/resultatrecherche/1>
93. Arcelus J, Bouman WP, Morgan JF. Treating young people with eating disorders: transition from child mental health to specialist adult eating disorder services. European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association. 2008;16(1):30–36.
94. Haute Autorité de Santé - Isolement et contention en psychiatrie générale [Internet]. [cité 6 avr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2055362/fr/isolement-et-contention-en-psychiatrie-generale
95. Conus P. Premier traitement pour une psychose : quels défis et quels enjeux ? L'information psychiatrique. 27 avr 2018;Volume 94(4):301-6.
96. Vers une meilleure transition des soins psychiatriques entre l'enfant et l'adulte | Result In Brief | CORDIS | European Commission [Internet]. [cité 6 avr 2019]. Disponible sur: <https://cordis.europa.eu/project/rcn/110200/brief/fr>
97. Rapport IGAS 2013: Evaluation de la mise en place du dispositif "MDA".
98. Cosseron F. Les maisons des adolescents (MDA) : une menace pour les secteurs ? Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. 1 mars 2011;59(2):129-33.
99. Marcelli D. Les « maisons d'adolescents » : le défi de l'accueil et de l'écoute. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. 1 mars 2011;59(2):e1-4.
100. Boë E. L'accueil sans rendez-vous : une modalité d'accès aux soins psychiques pour adolescents. Enfances Psy. 2015;N° 68(4):186-93.

101. Yung AR, McGorry PD. The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophrenia bulletin*. 1996;22(2):353–370.
102. Davey CG, McGorry PD. Early intervention for depression in young people: a blind spot in mental health care. *The Lancet Psychiatry*. 1 mars 2019;6(3):267-72.
103. McHugh MJ, McGorry PD, Yuen HP, Hickie IB, Thompson A, de Haan L, et al. The Ultra-High-Risk for psychosis groups: Evidence to maintain the status quo. *Schizophrenia research*. 2018;195:543–548.
104. Mignot T, Bazille M-T, Bernardin F, Schwan R, Laprevote V. Le Centre de liaison et d'intervention précoce (CLIP) : l'exemple nancéien d'un partenariat avec la Maison des adolescents dans la prise en charge précoce des psychoses émergentes. *L'information psychiatrique*. 27 juill 2018;Volume 94(6):520-6.
105. PRM - Premier ministre. Circulaire n° 5899-SG du 28 novembre 2016 relative à l'actualisation du cahier des charges des Maisons des adolescents. 2016.
106. Garcin V. Douze ans d'expérience d'un travail de secteur en équipe mobile auprès d'adolescents : quels changements sur les représentations ? Quels résultats sur les activités ? *L'information psychiatrique*. 13 juin 2016;Volume 92(5):357-64.
107. Tordjman S. Expérience d'une équipe mobile pour préadolescents et adolescents : importance des changements d'environnement physique et relationnel. *L'information psychiatrique*. 13 juin 2016;Volume 92(5):389-95.
108. Equipes de psychiatrie mobiles pour les trois âges de la vie : l'expérience lausannoise - *Revue Médicale Suisse* [Internet]. [cité 26 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2008/RMS-171/Equipes-de-psychiatrie-mobiles-pour-les-trois-ages-de-la-vie-l-experience-lausannoise>
109. Interventions des équipes de Psychiatrie à Domicile. Retour d'expériences. [Internet]. [cité 26 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/11603.pdf>
110. Ly A, Tremblay G, Beauchamp S. Services de santé mentale desservant à la fois les adolescents et les jeunes adultes. 2018;
111. Styron TH, O'Connell M, Smalley W, Rau D, Shahar G, Sells D, et al. Troubled youth in transition: An evaluation of Connecticut's special services for individuals aging out of adolescent mental health programs. *Children and Youth Services Review*. 2006;28(9):1088–1101.
112. Haute Autorité de Santé. Psychiatrie et santé mentale 2018-2023. juin, 2018.
113. Jonikas JA, Laris A, Cook JA. The passage to adulthood: Psychiatric rehabilitation service and transition-related needs of young adult women with emotional and psychiatric disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2003;27(2):114.
114. IGAS. Rapport IGAS 2017: Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960. 2017.

RESUME

Introduction : La transition des soins de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte est à risque de rupture dans le parcours de soin. Des critères de transition optimales sont décrits. L'objectif principal était de réaliser un état des lieux de la transition de soins au sein des structures de pédopsychiatrie amiénoises. Les objectifs secondaires étaient de définir les facteurs prédictifs d'une transition programmée et les conséquences d'un transfert non programmé. **Matériel et Méthode :** étude rétrospective observationnelle descriptive. Les patients inclus étaient âgés de 17 ans et suivis dans l'ensemble des structures de pédopsychiatrie amiénoises. Le devenir a été étudié à un an, deux ans et à trois ans pour les patients ayant bénéficié d'un relai de soins en psychiatrie adulte. **Résultats :** 174 patients ont été inclus dans l'étude, 4% ont bénéficié d'une transition de soins programmée, 7,5% ont bénéficié d'un transfert de soins non programmé. 100% des transitions de soins programmées respectaient des critères optimaux et permettaient un maintien du suivi de l'ensemble des patients à 3 ans ($p < 10^{-3}$). Le recours à l'hospitalisation en psychiatrie adulte, aux services d'urgence et à la chambre d'isolement étaient plus fréquents dans les transitions de soins non programmées. **Conclusion :** Plusieurs axes d'amélioration sont à prévoir : instaurer un protocole pour les transitions de soins, meilleure collaboration entre la psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie, formation spécifique à la clinique de l'adolescence, création d'unités spécifiques, implication de la MDA et des équipes mobiles de pédopsychiatrie. **Mots clés :** Transition aux soins adultes, Psychiatrie adolescent, Maison des Adolescents, Collaboration intersectorielle, Equipe Mobile de Pédopsychiatrie.

ABSTRACT

Introduction : Transition of cares from child psychiatry to adult psychiatry is at risk of a break in the care pathway. Optimal transition criteria are described. The main goal was to carry out an inventory of the transition of cares in the Amiens child psychiatry structures. Side goals were to define predictive factors of a programmed transition of cares and the consequences of a non programmed transition of cares. **Material and method :** descriptive and observational retrospective study. Patients included were 17 years old and followed up in Amiens child psychiatry structures. The becoming has been checked up at 1, 2 and 3 years for the patients who had been given a relay of cares in adult psychiatry. **Results :** 174 patients have been included in the study. 4% received a programmed transition of cares, 7,5% received a non programmed transition of cares. 100% of the programmed transition of cares respected optimal criteria and allowed follow up of all patient to be maintained at 3 years ($p < 10^{-3}$). The use of adult psychiatric hospitalization, of emergency service and of the isolation room was more frequent in the non programmed transitions of cares. **Conclusion :** improvement areas are to be scheduled : better collaboration between adult psychiatry and child psychiatry, a specific training at the adolescent clinic, the creation of specific units, the implication of the Maison des Adolescents and the mobile child psychiatric teams. **Key words :** transition to adult cares, adolescent psychiatry, retrospective and observational, Maison des Adolescents, intersectoral collaboration, Child psychiatry mobile team