

2022-2023

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Transition des soins de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte : vers une amélioration de la prise en charge des adolescents et des jeunes adultes

Enquête des pratiques dans les départements Maine-et-Loire,
Sarthe et Mayenne et propositions de perspectives
d'amélioration

LE BRAS Édith

Née le 04 Juillet 1993 à Pau (64)

Sous la codirection des Docteurs RÉBILLARD Camille et TOCANIER Laure

Membres du jury

Monsieur le Professeur DUVERGER Philippe	Président
Madame le Docteur RÉBILLARD Camille	Codirectrice
Madame le Docteur TOCANIER Laure	Codirectrice
Madame le Professeur GOHIER Bénédicte	Membre

Soutenue publiquement le :
14 avril 2023

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée LE BRAS Edith,
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **05/12/2022**

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu (e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé(e) si j'y manque ».

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CALES Paul	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAIS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine

DUVAL Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Mathieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HAMY Antoine	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
HENNI Samir	MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
HUNAUT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
IFRAH Norbert	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LACCOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LARCHER Gérald	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRES	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VERERELOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine

PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RICHARD Isabelle	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
RICHOMME Pascal	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie- Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie- Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE ; discipline hospit : NEUROCHIRURGIE	Médecine
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie

BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHAO DE LA BARCA Juan- Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHEVALIER Sylvie	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HAMEL Jean-François	BIostatistiques, Informatique Médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne- Marie	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIE Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PECH Brigitte	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine

RIOU Jérémie	BIostatistiques	Pharmacie
RIQUIN Elise	Pedopsychiatrie ; Addictologie	Médecine
RONY Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie clinique et éducation thérapeutique	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	Médecine générale	Médecine
VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
FISBACH Martine	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST		
CAVAILLON Pascal	Pharmacie industrielle	Pharmacie
DILÉ Nathalie	Officine	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	Pharmacie deust préparateur	Pharmacie
MOAL Frédéric	Pharmacie clinique	Pharmacie
PAPIN-PUREN Claire	Officine	Pharmacie
KAASSIS Mehdi	Gastro-entérologie	Médecine
GUITTON Christophe	Médecine intensive-reanimation	Médecine
SAVARY Dominique	Médecine d'urgence	Médecine
POMMIER Pascal	Cancérologie-radiothérapie	Médecine
PICCOLI Giorgia	Néphrologie	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	Economie-gestion	Médecine

Mise à jour le 11/03/2023

À Monsieur le Professeur Philippe Duverger

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Tout au long de mon internat, votre disponibilité, vos conseils et votre écoute m'ont été d'un grand soutien.

Veillez recevoir, Monsieur le Professeur, mes sincères remerciements pour cet accompagnement et pour la qualité de votre enseignement. Permettez-moi de vous adresser ma sincère reconnaissance et mon profond respect.

À Madame le Professeur Bénédicte Gohier

Vous me faites l'honneur de faire partie des membres du jury de cette thèse. Merci pour la qualité de votre enseignement et pour votre seniorisation avisée lors de mes astreintes au CHU. Vos conseils et vos éclairages rigoureux ont grandement participé à ma formation.

Veillez recevoir, Madame le Professeur, l'expression de mon profond respect et l'assurance de ma sincère estime.

À mes directrices de thèse, le Docteur Laure Toccanier et le Docteur Camille Rébillard

Vous me faites l'honneur d'avoir codirigé ce travail de thèse. Je vous adresse ma plus haute reconnaissance pour votre disponibilité, votre dynamisme, vos conseils précieux et vos encouragements. Merci du fond du cœur de m'avoir accordé votre confiance pour ce travail. Laure, encore un grand merci pour l'aide à la résolution de la problématique des premières questions du questionnaire !

Au Docteur Camille Rébillard

Merci infiniment de m'avoir éveillée à la psychiatrie périnatale. Le partage précieux de ton expérience, la qualité de ton enseignement et toutes nos discussions n'ont fait qu'accroître mon attrait pour cette discipline. Mon stage au sein de l'Unité de Périnatalité du Mans aura grandement marqué mon internat, merci encore pour ta disponibilité, ton écoute et le partage de cette passion.

Aux différents psychiatres et pédopsychiatres rencontrés durant mon internat, vous avez été pour moi source d'inspiration.

Au Docteur Apolline Cailliez, au Docteur Élise Riquin, et au Professeur Philippe Duverger.

Au Docteur Rudy Ozelle, au Docteur Rima Dib, au Docteur Farida Lemesle-Belaïfa et au Docteur Odile Fortassin.

Au Docteur Marianne Piron-Prunier et au Docteur Florin Bengea.

Au Docteur Dewi Le Gal, au Docteur Marine Rozet, au Docteur Marie Brière, au Docteur Damien Denes, au Docteur Guillaume Ifrah et au Professeur Bénédicte Gohier.

Au Docteur Jean Malka et au Docteur Elise Gallien.

Au Docteur Camille Rébillard, au Docteur Laure Toccanier et au Dr Gabrièle Mugnier.

Au Docteur Grégoire Jaoul et au Docteur Fleur Gelugne

Aux neuropédiatres du CHU d'Angers, merci pour votre accueil chaleureux et bienveillant, et pour le partage de vos connaissances en neuropédiatrie.

Au Docteur Julien Durigneux, au Docteur Naïl Benallegue, au Docteur Mailys Rupin-Mas, au Docteur Marie Le Roux, au Docteur Arnaud Chefdor et bien sûr au Professeur Patrick Van Bogaert.

Aux différentes équipes paramédicales rencontrées durant mon internat, merci pour le travail ensemble.

Un merci tout particulier à l'équipe de l'Unité de Périnatalité du Mans. À Malvina Pitout, à Marie Jamet, à Aurore Gonzalvès, à Cécile Lecornu. C'était un vrai plaisir de travailler avec vous.

Aux psychiatres et pédopsychiatres ayant répondu au questionnaire.

Un grand merci d'y avoir consacré du temps, vos réponses ont rendu ce travail de thèse possible.

Au Docteur Jean Malka, au Docteur Pascale Delafond, au Docteur Violaine Piot-Gloria et à Marina Hoarau, pour nos discussions sur les projets locaux dans la subdivision d'Angers. Nos échanges ont grandement aidé à l'élaboration de la dernière partie de cette thèse. Je suis surtout heureuse de déceler en vous des personnes passionnées et pour qui le sujet de la transition des soins entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte tient à cœur.

Au Docteur Marc Fadel, du Département de Méthodologie et de Biostatistiques du CHU d'Angers, recevez mes remerciements sincères pour vos conseils et pour l'analyse statistique des données. Vous avez grandement contribué à ce travail de thèse. Merci encore pour votre disponibilité.

REMERCIEMENTS

À mes co-internes et amis d'Angers, à Antoine Decouvelaere, Pierre Charnal, Sarah, Anaïs, Geoffrey, Noémie M-Z, Marc, Matthieu, Camille Cairon, Etienne Pavlovic, Elisabeth, Romuald, Fanny, Garance, Natwin, Edouard, Juliette, Antoine Feutry, Estelle, Ninon, Wolfgang, Pierre Le Trillionnaire. Merci d'avoir rendu ces années d'internat bien agréables.

À mes co-internes de neuropédiatrie. Romée, Tifenn et Charly, nous avons créé une amitié qui est très chère à mes yeux. Merci pour tous ces moments d'échanges, de partage et surtout de rires et d'émotions !

À la maman de Geoffrey pour son aide à la traduction du résumé, je ne pouvais rêver mieux qu'une Professeur d'Anglais.

À la fine équipe des Gourmands Epicuriens, nos repas réconfortants de cet hiver m'ont donné bien des forces pour écrire cette thèse. Ces moments chaleureux des dimanches soir font désormais partie de mes mets préférés. À Romée, Emma, Clara et Thibault. À Simone, bien sûr.

À mes amis de Limoges, à Audrey, Mathilde, Kélian, Antoine Perrin, Margaux, Camille Salacroup, Paul, Manon, Claire Martinez, Adrien, Ariane, Loriane, Amandine, Elise, Orane. À Yolaine, Claire-Marie et Marc.

À Julien. Poupoule, merci pour tout. Les souvenirs qu'on a créés depuis notre PACES sont gravés en moi à jamais et continuent de me porter. Si j'en suis là aujourd'hui c'est en grande partie grâce à tous ces moments, petits phares lumineux dans les tempêtes. C'est toujours un grand plaisir de te retrouver, et c'est bien partie pour durer.

À France, mon petit rayon de soleil. Merci à la vie d'avoir permis à nos chemins de se croiser in extremis avant la fin de l'externat, cela aurait été bien dommage de rater ça. Merci pour ta joie de vivre, ton optimisme inégalable, ton équilibre et ta façon de partager tout ce à quoi tu t'intéresses avec passion. Notre amitié m'est au combien précieuse. À nos projets futurs.

À Guillaume, merci pour ton humour toujours au rendez-vous. À notre voyage que je n'oublierai jamais !

À Alice, ma chère amie d'enfance. Les souvenirs qui jalonnent notre amitié me rendent très heureuse. Surtout, merci infiniment pour ton soutien très précieux dans les derniers moments difficiles, pour tes encouragements, et tes conseils avisés pour cette thèse. Il me tarde que l'on se voie plus souvent dans le Sud, je sens cela sera possible dans un futur proche ! Merci pour la relecture.

À Claire Grelon, merci pour ton amitié et ta confiance. Merci pour ton soutien sans faille depuis que l'on se connaît, dans ces études et particulièrement en cette période d'écriture de thèse.

À Antoine Decouvelaere, oui je te cite une deuxième fois ! À ces moments de joie vécus avec toi depuis notre stage ensemble au CHU, à nos discussions profondes et enrichissantes et aux moments précieux qui ont suivi notre rencontre. À nos vacances pédestres avant ta thèse. Merci beaucoup pour ton soutien dans les moments importants. Je l'espère, à nos futurs périples.

À Sarah, mon Poulet ! Tu as tellement égayé mon internat. Merci beaucoup de faire spécialement l'aller-retour de Corse, cela me touche énormément.

À Gauthier et Robin, pour votre philosophie de vie et votre prise de recul si précieuse. À nos discussions sur l'écologie et à nos projets futurs.

À Aude, merci pour ton amitié sincère. C'est toujours un plaisir de te retrouver quelle que soit l'occasion.

À Justine, à notre colocation durant l'internat qui a été parsemée de moult moments agréables. À ce premier confinement que nous avons vécu ensemble. À nos discussions passionnées.

À Chloé, à notre premier semestre en colocation. Ta présence et ton soutien à ce moment-là ont été très précieux. Nous finissons l'aventure de notre thèse presque au même moment et j'y vois un petit signe du destin. Je te souhaite le meilleur dans ta nouvelle vie Clermontoise !

REMERCIEMENTS

À mes parents, Alain et Isabelle, les mots me manquent pour exprimer toute la gratitude que j'ai pour vous. Merci pour tout, pour votre amour, votre confiance, votre immense soutien depuis le début et tout au long de ces études. Je vous aime, pour toujours.

À mes grand-parents, vous êtes à mes yeux des modèles de sagesse. Merci pour votre soutien. À Simon, pour ton humour plein de finesse et sans pareil.

À ma sœur Lucie, merci de m'avoir soutenue durant ces études mais surtout merci d'être qui tu es. Je suis au combien fière et honorée d'être ta sœur. Je t'aime infiniment. Je te souhaite le meilleur et d'être pleinement heureuse. Vivement qu'on se voit, nos fous rires inarrêtables me sont si précieux. Merci de croire en mes rêves, même depuis l'autre bout de la terre.

À toi Pierre, qui m'accompagne dans cette aventure. Merci beaucoup pour ta présence, ta patience et ton soutien indéfectibles surtout au cours de ces derniers mois. Merci pour ta confiance. À tous ces moments passés avec toi qui me rendent heureuse, et aux autres à venir.

Enfin, à tous les patients, enfants, adolescents et adultes que j'ai eu la chance de rencontrer. V., L. et K., je vous ai connus en pleine transition vers la psychiatrie adulte, ce travail de thèse vous est destiné. Je vous souhaite le meilleur.

Liste des abréviations

[illegible]

Plan

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

- 1. Caractéristiques de la population étudiée**
- 2. Contexte et indications des relais de soins**
 - 2.1. Proportion de patients de 16-18 ans dans la patientèle des praticiens interrogés
 - 2.2. Proportion de patients de 16-18 ans en relais au cours des 12 derniers mois
 - 2.3. Fréquence des indications des relais de soins
- 3. Identification des freins à une transition optimale des soins**
- 4. Critères pour une transition optimale des soins**
- 5. Vécu des praticiens concernant la transition**
- 6. Vers l'amélioration des pratiques**
 - 6.1. Moment idéal du relais en termes d'âge du patient
 - 6.2. Prise de contact entre les partenaires du relais
 - 6.3. Réunions interservices et période conjointe de soins
 - 6.4. Continuité des soins à travers le retour d'informations
 - 6.5. Mise en place d'un protocole

DISCUSSION

- 1. Préambule : définitions et contexte actuel**
 - 1.1. Quelques définitions
 - 1.2. Contexte actuel
- 2. Biais et limites de l'étude**
- 3. Résultats de l'étude au regard de la littérature**
 - 3.1. Proportions de patients et indications des relais de soins
 - 3.2. Freins à une transition optimale des soins
 - 3.3. Critères pour une transition optimale des soins
 - 3.4. Perspectives d'amélioration
- 4. Initiatives locales en place et en projet dans la subdivision d'Angers**
 - 4.1. Le dispositif Passerelle
 - 4.2. La formation d'une Infirmière en Pratique Avancée (IPA)
 - 4.3. Le Dispositif de détection et d'Intervention Précoce dans les troubles Psychotiques Émergents (DIPPE)
 - 4.4. Le Dispositif de Soins pour Adolescent (DSA) et l'ouverture d'un service spécialisé pour les adolescents en âge de transition

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIÈRES

ANNEXES

- 1. Questionnaire**
- 2. Avis du Comité d'Éthique**

Transition des soins de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte : vers une amélioration de la prise en charge des adolescents et des jeunes adultes

Enquête des pratiques dans les départements Maine-et-Loire, Sarthe
et Mayenne et propositions de perspectives d'amélioration

Auteurs : Édith Le Bras^a, Camille Rébillard^b, Philippe Duverger^{a,c}, Laure Tocanier^b

Affiliations :

a Centre Hospitalier Universitaire d'Angers

b Établissement Public de Santé Mentale de la Sarthe

c Faculté de Santé de l'Université d'Angers

RÉSUMÉ

Introduction : Les adolescents et les jeunes adultes constituent une population très à risque en matière de troubles psychiatriques. C'est une population qui se situe à la frontière entre soins pédopsychiatriques et soins psychiatriques. Au moment où ils en auraient le plus besoin, ces jeunes se heurtent à une barrière et expérimentent la fracture entre ces deux systèmes de soins. La littérature actuelle manque de preuves solides sur lesquelles s'appuyer et d'études puissantes pour élaborer des recommandations claires et harmonisées dans le domaine. Il semble important de s'intéresser aux pratiques actuellement en vigueur dans la subdivision d'Angers afin d'appréhender les manques et les besoins pour in fine, proposer des perspectives d'amélioration.

Matériels et Méthodes : Notre travail est une étude épidémiologique descriptive quantitative. Il s'agit d'une enquête des pratiques. La population cible regroupe les pédopsychiatres et les psychiatres exerçant dans les départements du Maine-et-Loire, de la Sarthe, et de la Mayenne, qu'ils soient libéraux ou salariés. Le recueil des données a été effectué grâce à un questionnaire anonyme envoyé par mail. Les données ont été analysées grâce au test exact de Fisher.

Résultats : Nous avons obtenu 53 réponses qui ont permis de réaliser un état des lieux des pratiques concernant la transition des soins de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte dans la subdivision d'Angers. Les données indiquent que plusieurs paramètres sont identifiés comme des freins à une bonne transition des soins par les praticiens interrogés. Nous pouvons citer la limite d'âge définie par les établissements, le manque de temps pour une planification adéquate des soins, des difficultés de communication entre les partenaires du relais, le manque de personnel, le manque de formation sur les spécificités cliniques de l'adolescence et sur le relais des soins, des différences de priorisation des axes thérapeutiques entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte, la crainte ou la réticence du patient concernant le changement de médecin et les difficultés d'identification des structures de relais. Les critères qui contribuent à une transition optimale des soins tels qu'identifiés dans la littérature sont en pratique partiellement utilisés. Il s'agit notamment de la présence d'une équipe dédiée aux relais vers la psychiatrie adulte, de l'organisation de réunion interservices, d'une période conjointe de soins, du transfert d'informations d'un service à l'autre et de la continuité des soins. Dans notre étude, l'analyse statistique n'a pas montré de différence statistiquement significative après comparaison entre pédopsychiatres et psychiatres concernant leur avis sur les freins à une bonne transition et les modalités d'amélioration ($p > 0,05$).

Conclusion : La transition des soins de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte constitue un enjeu majeur de santé publique. Les praticiens interrogés dans notre étude ont montré un réel intérêt pour le sujet. Il apparaît une nette volonté d'amélioration des pratiques, par davantage de collaboration et de communication entre les professionnels impliqués dans ces relais. Cela se retrouve à travers l'élaboration de dispositifs notamment à Laval, au Mans, et à Angers, ceci en l'attente de directives publiques et de protocoles pouvant harmoniser les pratiques.

INTRODUCTION

Dans le domaine de la santé mentale, les adolescents et les jeunes adultes constituent une population particulièrement à risque de présenter ou de développer des troubles psychiatriques.

En effet, cette période de la vie peut être marquée par la présence ou par l'apparition de diverses pathologies psychiatriques. On estime l'incidence de ces troubles à 45 % chez les adolescents de 19 ans (1). Cette population, qui se situe à la frontière entre soins pédopsychiatriques et soins psychiatriques, nécessiterait une offre de soins importante, adaptée et spécialisée au vu des spécificités de cette tranche d'âge. D'autant plus qu'une mauvaise transition des soins lors de cette période de vie cruciale serait de mauvais pronostic pour l'évolution future de ces patients (2).

En dépit de ces constats, il existe une fracture dans les systèmes de soins entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte. La couverture en soins psychiatriques est de fait très faible entre 16 et 24 ans (3). Cette constatation a fait l'objet d'importantes études en Europe et aux États-Unis : on estime que 50% des jeunes qui nécessiteraient un transfert des soins vers la psychiatrie adulte n'y ont pas accès (4). En France, le problème est également majeur. Selon une étude réalisée en 2013, 48 % des patients adolescents devenus adultes sont restés sans suivi pendant au moins 3 mois (5).

Au vu de ces données, et par analogie avec les modèles existant déjà entre les services de pédiatrie et les services adultes, a été développé le concept de transition entre les services de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte.

Plusieurs barrières faisant obstacle à cette transition ainsi que les facteurs pouvant la faciliter ont été identifiés dans la littérature scientifique (6,7). De plus, certaines études ont proposé des pistes pour accompagner au mieux cette transition (8). Ainsi, des critères pour une transition optimale ont été décrits comme la présence d'une équipe dédiée aux relais, l'organisation de réunions interservices,

le transfert d'informations d'un service à l'autre, une période de soins simultanés ou conjoints, la continuité des soins à travers la planification et la bonne coordination entre les services impliqués (9). Néanmoins, la littérature manque d'études suffisamment puissantes et d'essais contrôlés randomisés sur lesquels s'appuyer pour édifier des protocoles clairs en matière de transition optimale. Notamment, une revue systématique de la littérature montrait que sur 19 études retenues, aucune n'était un essai clinique randomisé ni une étude cas-témoin (10). La première étude s'attachant à édicter des recommandations en termes cliniques, éthiques, économiques et de formation des soignants commence tout juste à publier ses résultats (11). Il s'agit d'ailleurs du seul essai contrôlé et randomisé disponible à ce jour.

En l'attente de telles recommandations et de directives publiques éditées sur le plan national, des initiatives locales voient le jour. En effet, les enjeux d'une meilleure prise en charge de ces jeunes patients sont primordiaux, pour limiter le risque de discontinuité des soins psychiatriques et améliorer à long terme le pronostic vital et fonctionnel de l'adulte.

L'objectif principal de ce travail de thèse est de dresser un état des lieux des pratiques professionnelles concernant la transition des soins entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte dans la subdivision d'Angers, c'est-à-dire dans les départements du Maine-et-Loire, de la Sarthe et de la Mayenne. Le but est de mieux appréhender les manques, les besoins et les ressources du territoire, afin de pouvoir apporter aux praticiens une vision plus globale de ce qui est mis en œuvre actuellement et de faciliter leur collaboration.

Enfin, les objectifs secondaires de ce travail sont :

- d'identifier les freins ainsi que les facteurs facilitateurs d'une transition de bonne qualité.
- de proposer des perspectives d'amélioration répondant à la fois à une volonté d'harmonisation des pratiques mais également aux réalités locales de terrain.

MÉTHODES

Ce travail de thèse est une étude épidémiologique observationnelle descriptive quantitative. Il s'agit d'une enquête des pratiques actuelles en matière de transition des soins entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte.

La population cible regroupe les pédopsychiatres et les psychiatres exerçant dans les départements du Maine-et-Loire, de la Sarthe et de la Mayenne, qu'ils soient libéraux ou salariés des domaines public et privé. La taille de l'échantillon n'a pas été fixée a priori. La population cible se compose de 266 médecins au total dont 96 médecins libéraux et 170 médecins salariés.

Cette enquête s'appuie sur un questionnaire diffusé par mail sous forme de lien Google Form. Ce questionnaire proposait des questions à choix multiples ainsi que 4 questions ouvertes. Il comportait une partie commune aux pédopsychiatres et aux psychiatres (7 questions), puis 23 questions adressées aux pédopsychiatres et 25 questions adressées aux psychiatres. Le questionnaire est disponible en annexe (Annexe 1).

Les adresses mails des médecins libéraux ont été obtenues après contact téléphonique suite à la récupération de leur numéro de téléphone professionnel via l'annuaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM). Après une présentation du projet de thèse, bon nombre des médecins libéraux se sont montrés intéressés : sur 96 contactés, 59 ont répondu au téléphone et 46 ont accepté de fournir leur adresse mail pour l'envoi du questionnaire. La collecte de ces adresses mails a été réalisée du 28 décembre 2021 au 14 avril 2022.

Les adresses mails des médecins salariés ont été obtenues via une demande auprès des Affaires Médicales de chaque établissement offrant des soins en santé mentale sur les trois départements. Quelques établissements ont souhaité que le Président de la Commission Médicale d'Établissement (CME) soit informé du projet afin de valider la diffusion du questionnaire.

Voici les établissements contactés :

- le Centre Hospitalier Universitaire (CHU), Angers (49100)

- la Clinique Saint Didier, Avrillé (49240)
- le Centre de Santé Mentale Angevin (CESAME), Sainte-Gemmes-sur-Loire (49130)
- l'Établissement Public de Santé Mentale (EPSM) de la Sarthe, Allonnes (72700)
- la Clinique du Pôle Santé Sud, le Mans (72100)
- le Centre Hospitalier de Cholet (49300)
- le Centre Hospitalier de Saumur (49400)
- le Centre Hospitalier de Laval (53000)
- le Centre Hospitalier du Haut-Anjou, Château-Gontier-sur-Mayenne (53200)
- le Centre Hospitalier du Nord-Mayenne, Mayenne (53100)
- le Centre Soins-Études Pierre Daguet, Sablé-sur-Sarthe (72302)
- l'Institut Psychothérapique de la Ménantière, le Pin-en-Mauges (49110)

Ces établissements comportent des unités d'hospitalisation, des Centres Médico-Psychologiques (CMP) et pour certains des services d'urgences/liaison.

Les statistiques qui découlent des réponses au questionnaire sont descriptives. Les données ont été colligées dans un tableau Excel. Pour comparer ces données, le test exact de Fisher a été utilisé au vu de la petite taille de l'échantillon, les hypothèses de validité du test du Chi² n'étant pas vérifiées (effectif théorique > 5). La valeur p a été calculée pour quantifier la significativité statistique des résultats. Pour rappel, une valeur p inférieure à 0,05 ($p < 0,05$) signe une différence statistiquement significative alors qu'une valeur p supérieure à 0,05 ($p > 0,05$) signe soit une absence de différence, soit une différence non mise en évidence du fait d'un défaut de puissance de l'étude. Les valeurs p (p) sont décrites dans la partie Résultats.

L'analyse statistique a été effectuée en collaboration avec le Département de Méthodologie et de Biostatistiques du CHU d'Angers.

Le projet d'étude a été présenté au Comité d'Éthique du CHU d'Angers le 14 mars 2022 et a été approuvé le 06 avril 2022 (Annexe 2).

RÉSULTATS

La diffusion du questionnaire a commencé le 26 avril 2022 et l'enquête s'est arrêtée le 26 août 2022. Deux relances ont été effectuées par mail les 21 juin 2022 et 20 juillet 2022.

Nous avons obtenu un total de 53 réponses au questionnaire, soit un taux de réponse de 19,9%.

Parmi ces 53 réponses, nous retrouvons 14 pédopsychiatres (26,4%) et 39 psychiatres d'adulte (73,6%).

1. Caractéristiques de la population étudiée

Dans notre étude, les praticiens ayant répondu étaient en majorité des femmes avec 32 réponses (60,4%) et 21 réponses (39,6%) chez les hommes.

La répartition des âges de la population ayant répondu est présentée dans le tableau I.

Tableau I : Tranche d'âge des répondants, $p = 0.92$

	Nombre de réponses obtenues n et pourcentages (%)	
	Pédopsychiatres	Psychiatres
≤ 40 ans	6 (42,9%)	18 (46,2%)
40-49 ans	3 (21,4%)	6 (15,4%)
50-59 ans	3 (21,4%)	7 (17,9%)
≥ 60 ans	2 (14,3%)	8 (20,5%)

Le test exact de Fisher n'a pas mis en évidence de différence statistiquement significative en ce qui concerne l'âge des participants entre pédopsychiatres psychiatres. Nous pouvons supposer soit qu'il n'y a effectivement pas de différence, soit que la taille de l'échantillon ne permet pas de mettre en évidence cette différence du fait d'un défaut de puissance.

La répartition des départements d'exercice (tableau II) et de la durée d'exercice des praticiens interrogés (tableau III) est présentée ci-dessous.

Tableau II : Répartition des départements d'exercice, $p = 0.89$

	Nombre de réponses obtenues n et pourcentages (%)	
	Pédopsychiatres	Psychiatres
Maine-et-Loire	9 (64,3%)	22 (56,4%)
Sarthe	4 (28,6%)	15 (38,5%)
Mayenne	1 (7,1%)	2 (5,1%)

Tableau III : Réponse à la question : « Depuis combien de temps exercez-vous dans votre département ? », $p = 0.91$

	Nombre de réponses obtenues n et pourcentages (%)	
	Pédopsychiatres	Psychiatres
≤ 5 ans	4 (28,6%)	11 (28,2%)
5-10 ans	4 (28,6%)	7 (17,9%)
10-15 ans	1 (7,1%)	6 (15,4%)
15-20 ans	1 (7,1%)	2 (5,1%)
≥ 20 ans	4 (28,6%)	13 (33,3%)

Ici aussi, le test de Fisher n'a pas mis en évidence de différence statistiquement significative en ce qui concerne la répartition des départements d'exercice et la durée d'exercice entre pédopsychiatres et psychiatres.

Voici la répartition de l'activité des professionnels (figure 1).

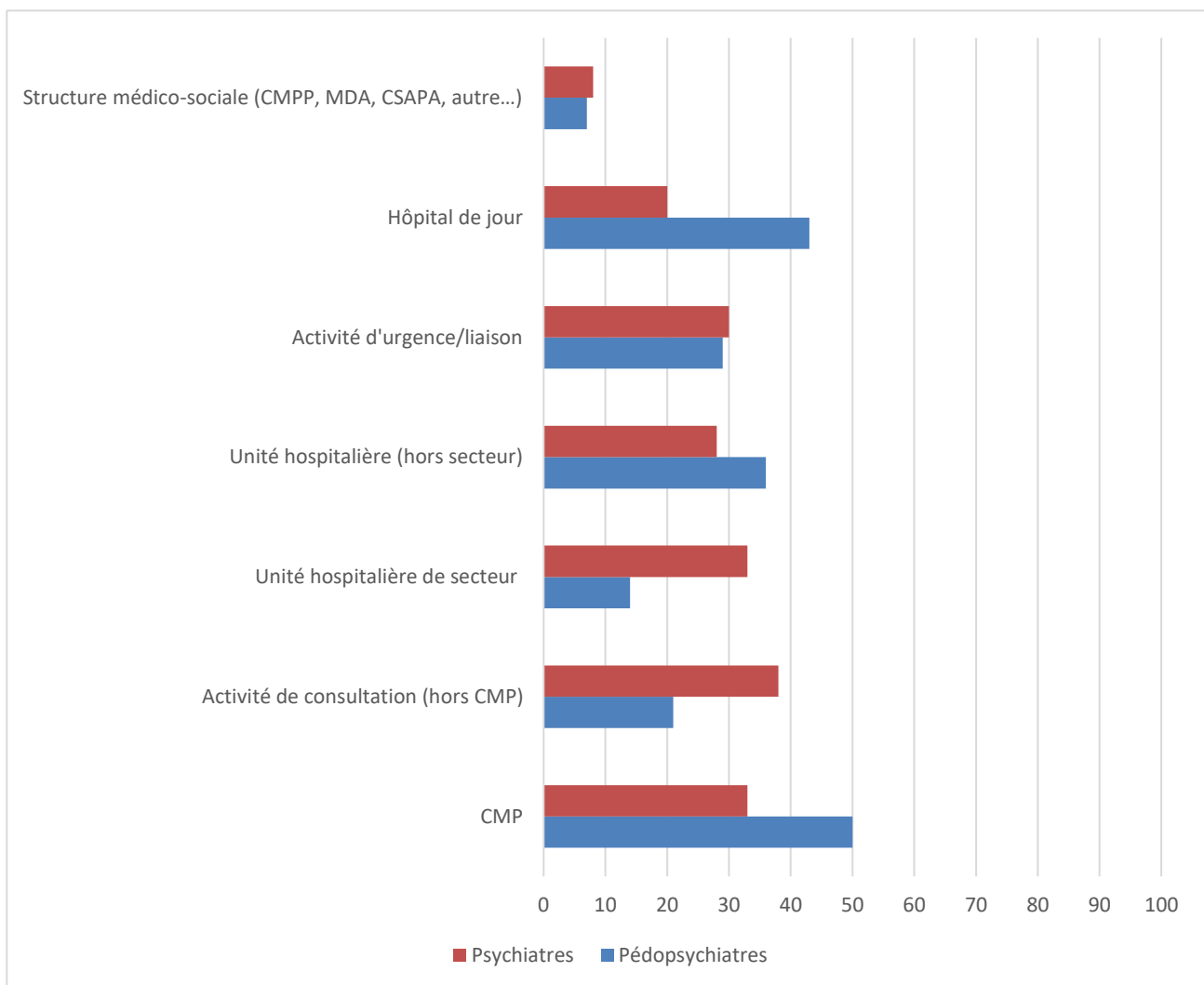


Figure 1 : Répartition des lieux d'exercice et de l'activité des professionnels (%)

Pour cette question, les professionnels interrogés avaient la possibilité de retenir plusieurs propositions. Au vu de la répartition des réponses, nous pouvons constater que nombre de praticiens ont plusieurs lieux d'exercice, souvent avec une activité mixte.

Concernant l'exercice dans les domaines public ou privé, 34 praticiens (64,2%) déclarent exercer dans le domaine public, 14 (26,4%) dans le domaine privé et 5 (9,4%) dans les deux domaines.

2. Contexte et indications des relais de soins

2.1. Proportion de patients de 16-18 ans dans la patientèle des praticiens interrogés

Pour les pédopsychiatres, la proportion de patients de 16-18 ans parmi leur patientèle actuelle est variable, mais on s'aperçoit qu'elle est supérieure à 30% pour la majorité d'entre eux (57,1%). Cette proportion est également variable pour les psychiatres d'adulte. En revanche, les données de l'étude indiquent qu'elle est inférieure à 10% pour la majorité d'entre eux (66,6%).

Les pédopsychiatres semblent donc avoir davantage de patients de 16-18 ans dans leur patientèle actuelle que les psychiatres d'adulte.

En effet, le test de Fisher a mis en évidence une différence statistiquement significative entre pédopsychiatres et psychiatres en ce qui concerne la proportion de patients de 16-18 ans dans leur patientèle actuelle ($p = 0.0007$).

Ces données sont colligées dans le tableau IV.

Tableau IV : Proportion de patients de 16-18 ans dans la patientèle actuelle, $p = 0.0007$

	Nombre de réponses n et pourcentages (%)	
	Pédopsychiatres	Psychiatres
≤ 10 %	3 (21,4%)	26 (66,6%)
Entre 10 et 20 %	2 (14,3%)	4 (10,3%)
Entre 20 et 30 %	1 (7,1%)	6 (15,4%)
≥ 30 %	8 (57,1%)	3 (7,7%)

2.2. Proportion de patients de 16-18 ans en relais au cours des 12 derniers mois

Cette proportion est variable d'après les données de l'étude.

Ainsi, les pédopsychiatres indiquent que la proportion de patients de 16-18 ans adressée en psychiatrie adulte au cours des 12 derniers mois est inférieure à 10% pour 6 d'entre eux (42,9%) et supérieure à 30 % pour 5 d'entre eux (35,7%).

Les psychiatres, eux, déclarent que la proportion de patients de 16-18 ans qui leur a été adressée par la pédopsychiatrie au cours des 12 derniers mois est inférieure à 25% pour 13 d'entre eux (33,3%) et supérieure à 75% seulement pour 3 d'entre eux (7,7%).

2.3. Fréquence des indications des relais de soins

La fréquence des indications mentionnées lors des relais de soins est représentée par la figure 2 pour les pédopsychiatres et par la figure 3 pour les psychiatres d'adulte.

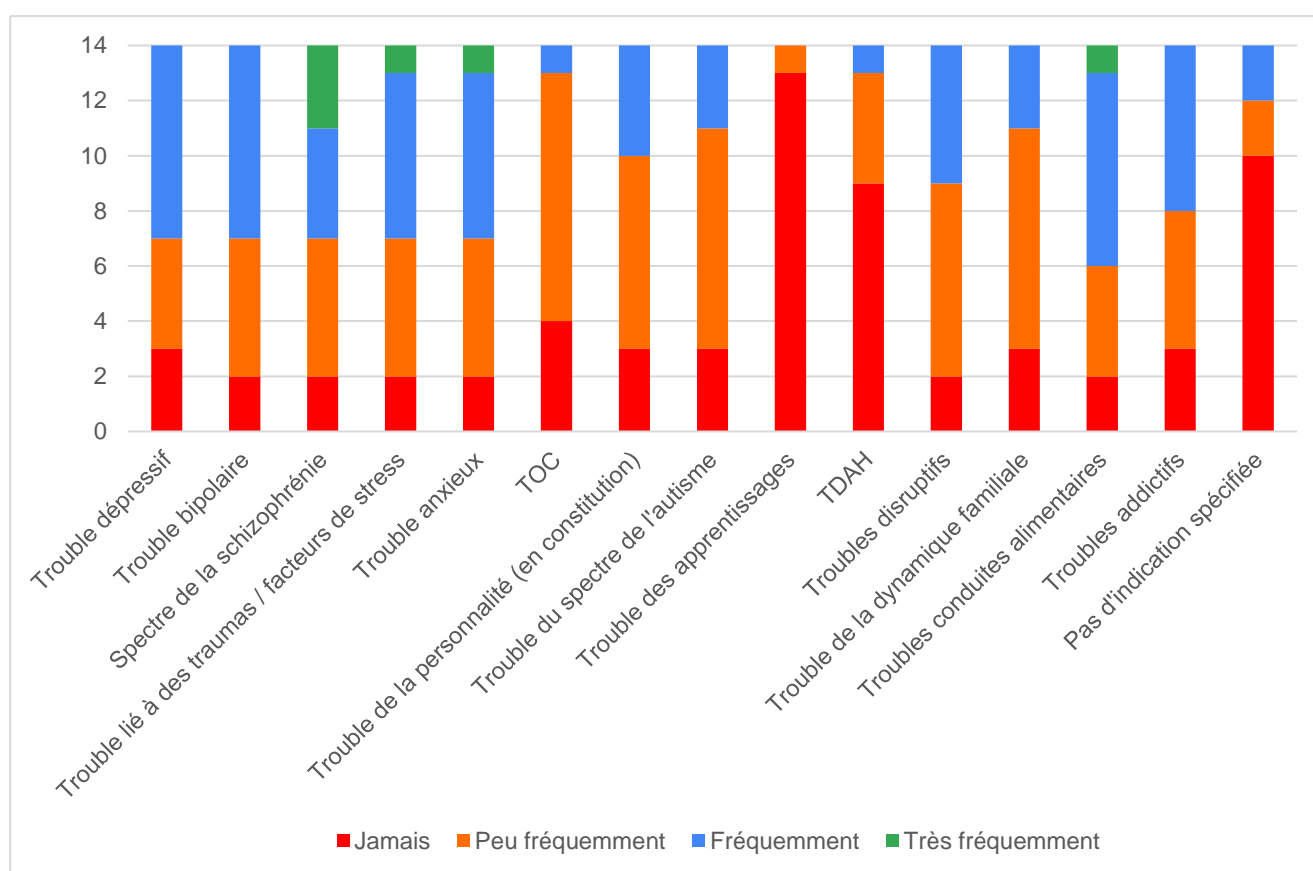


Figure 2 : Réponse à la question : « Pour quelles indications adressez-vous les patients vers la psychiatrie adulte ? »

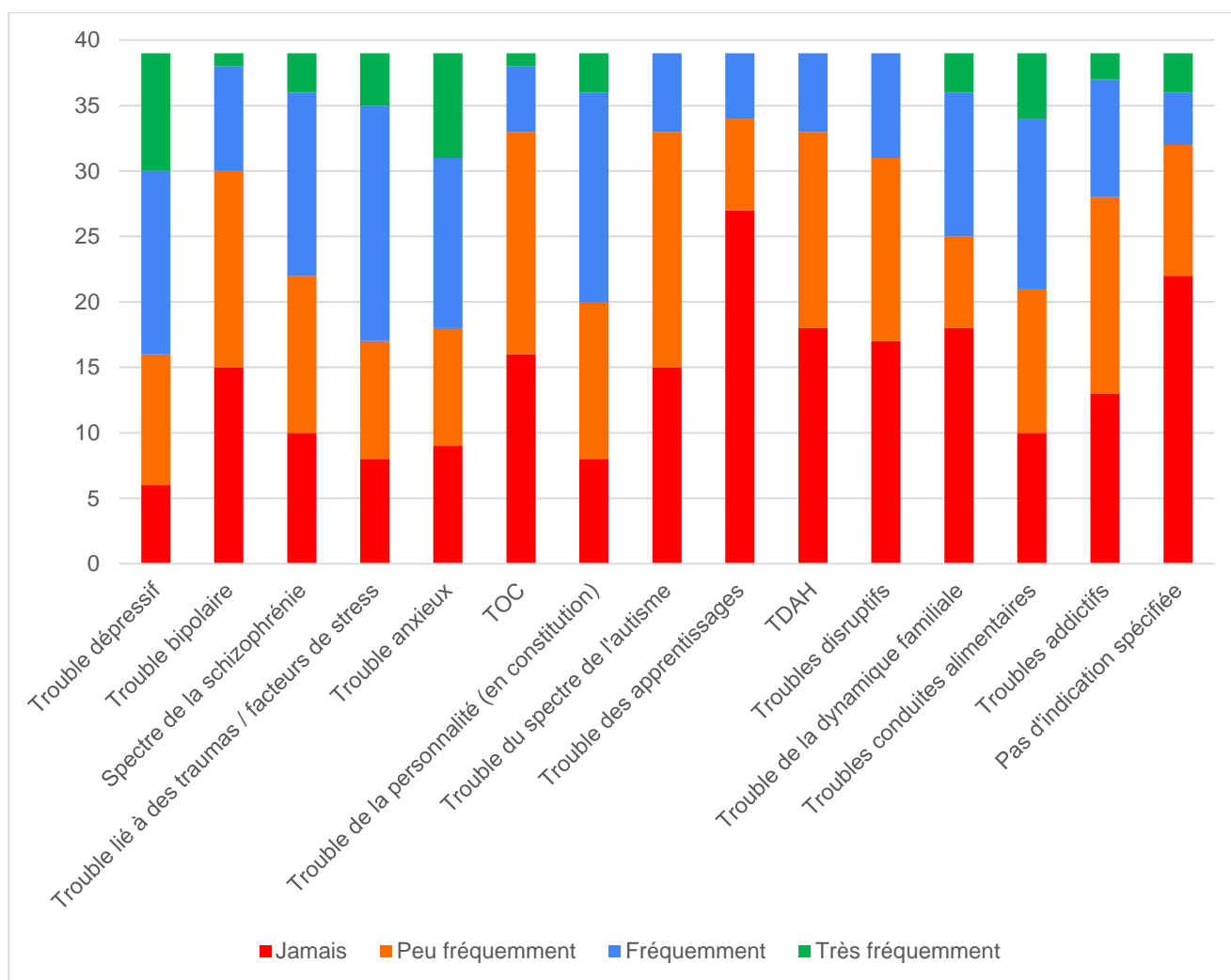


Figure 3 : Réponse à la question : « Pour quelles indications recevez-vous les patients en relais de la pédopsychiatrie ? »

Les diagnostics proposés aux praticiens pour cette question sont en quasi-totalité tirés du DSM-V (12). Nous pouvons noter que pédopsychiatres et psychiatres ont majoritairement répondu « jamais » à l’item « pas d’indication spécifiée » et qu’ils semblent donc s’accorder à dire que les relais de soins ont généralement une indication bien spécifiée en matière de pathologie.

Au vu de la distribution des résultats, il est par contre délicat de dégager un ordre de fréquence dans ces indications. Nous pouvons cependant noter que l’indication « trouble des apprentissages » est la moins retenue avec une majorité de réponses « jamais » pour les pédopsychiatres comme pour les psychiatres.

3. Identification des freins à une transition optimale des soins

Dans cette partie de l'étude, nous avons questionné les praticiens sur les freins qu'ils identifient dans leur pratique, freins pouvant nuire à une transition optimale des soins entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte. Les réponses à cette question sont présentées dans la figure 4 pour les pédopsychiatres et dans la figure 5 pour les psychiatres.

Les résultats indiquent que la grande majorité des pédopsychiatres et des psychiatres répondent « jamais » ou « peu fréquemment » à la proposition « pas de frein identifié », soit respectivement 92,9% des pédopsychiatres et 89,7% des psychiatres.

Concernant les freins en tant que tels, on peut noter que la majorité des psychiatres répondent « fréquemment » ou « très fréquemment » à l'ensemble des propositions renseignées, hormis à la proposition « manque de formation autour de la question du relais des soins ».

On note que cette répartition varie un peu plus chez les pédopsychiatres. Néanmoins, les propositions « manque de temps pour une planification adéquate des soins » et « manque de personnel » sont les propositions qui comportent le plus de réponses « très fréquemment » et « fréquemment » parmi les pédopsychiatres.

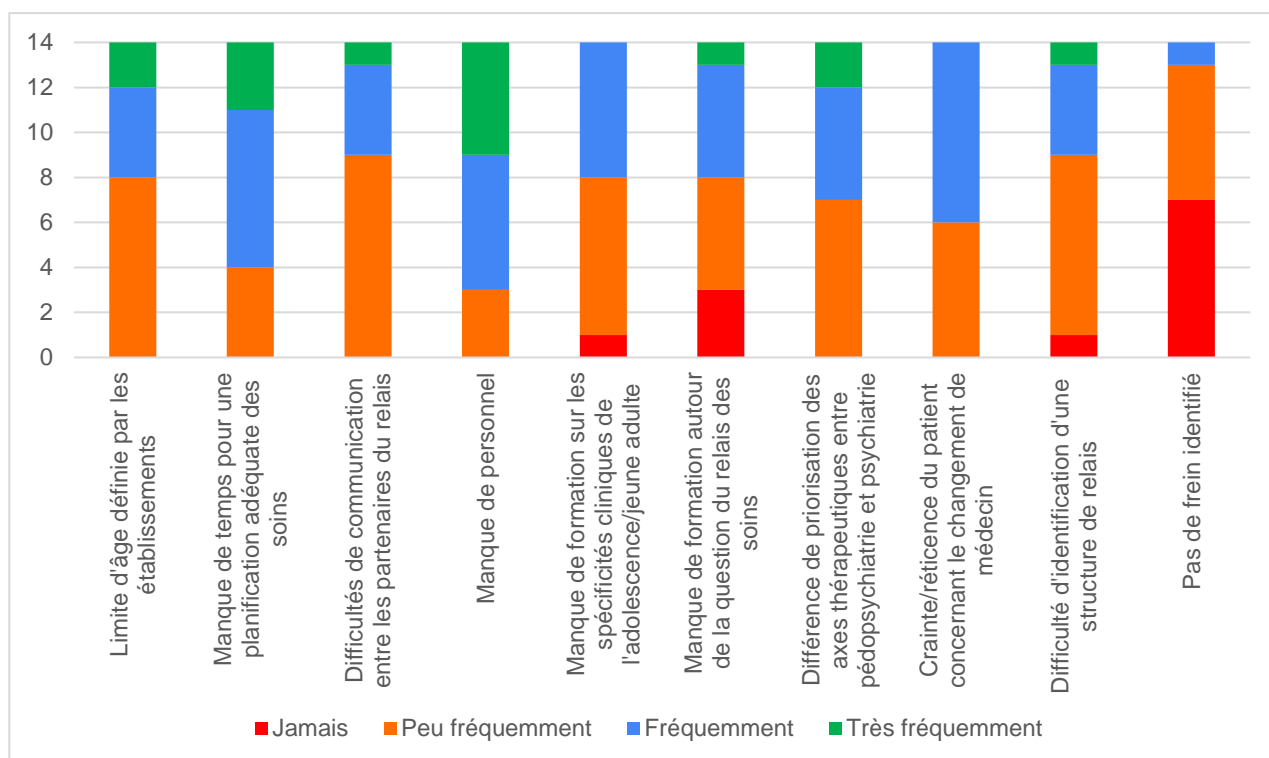


Figure 4 : Freins à une transition optimale des soins identifiés par les pédopsychiatres

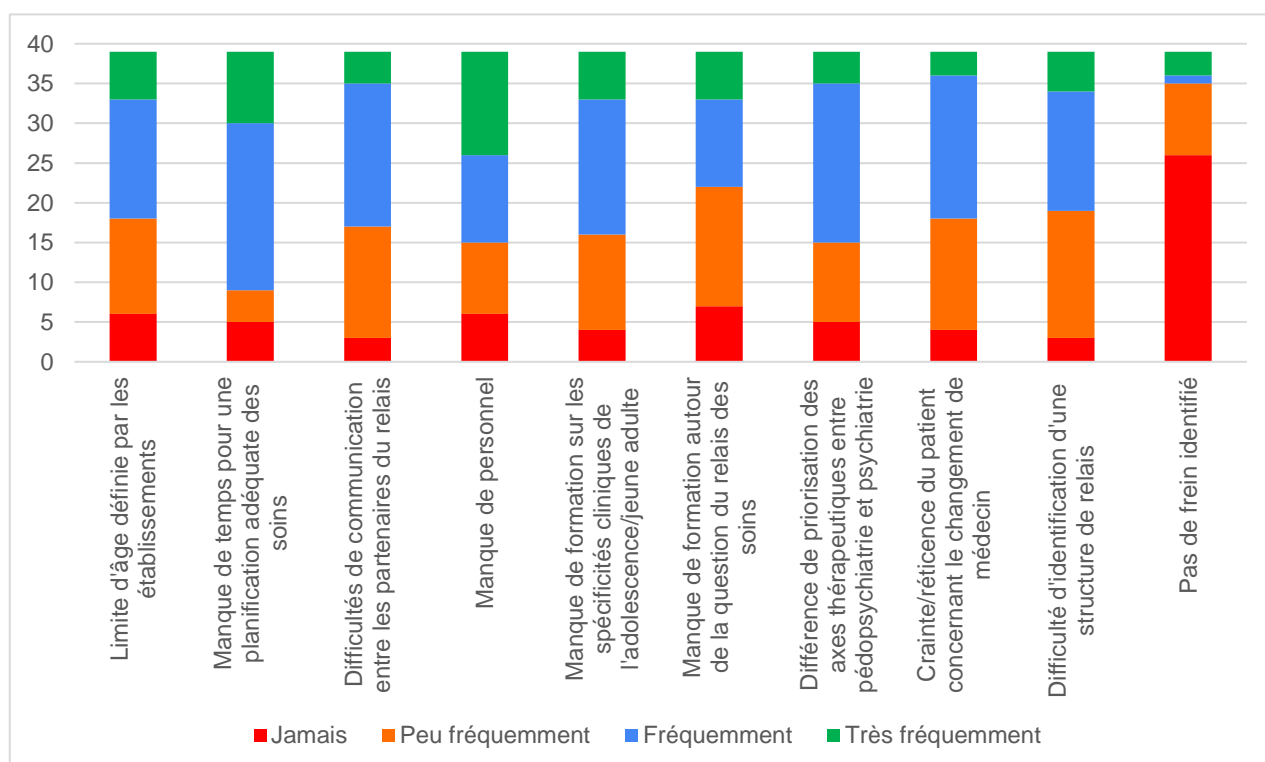


Figure 5 : Freins à une transition optimale des soins identifiés par les psychiatres

D'un point de vue statistique, le test de Fisher n'a pas identifié de différence statistiquement significative entre pédopsychiatres et psychiatres en ce qui concerne leur avis sur les freins à une transition optimale des soins.

En particulier, il n'y avait pas de différence statistiquement significative concernant « la limite d'âge définie par les établissements » ($p = 0.26$), « le manque de temps pour une planification adéquate des soins » ($p = 0.30$), « les difficultés de communication entre les partenaires du relais » ($p = 0.36$), « le manque de personnel » ($p = 0.47$), « le manque de formation sur les spécificités cliniques de l'adolescence/jeune adulte » ($p = 0.40$), « le manque de formation autour de la question du relais des soins » ($p = 0.89$), « les différences de priorisation des axes thérapeutiques entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte » ($p = 0.23$), « la crainte/réticence du patient concernant le changement de médecin » ($p = 0.61$) et « la difficulté d'identification d'une structure de relais » ($p = 0.82$). La proposition « pas de frein identifié » ne comportait pas non plus de différence statistiquement significative ($p = 0.30$) entre pédopsychiatres et psychiatres.

Ces résultats peuvent ici aussi, témoigner soit d'une absence réelle de différence concernant l'avis des pédopsychiatres par rapport à celui des psychiatres, soit d'un défaut de puissance dans notre étude.

4. Critères pour une transition optimale des soins

Dans la littérature, plusieurs critères permettant de favoriser une transition optimale des soins de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte ont été identifiés (9,13,14). Pour notre étude, nous avons questionné leur place dans les pratiques actuellement en vigueur dans la subdivision d'Angers.

Premièrement, nous avons questionné la présence d'une équipe (par exemple constituée d'Infirmiers en Pratique Avancée, IPA) s'occupant des relais vers la psychiatrie adulte au sein des structures où exercent les pédopsychiatres. Seulement 3 pédopsychiatres (21,4%) affirment la présence d'une telle équipe, alors que 9 d'entre eux (64,3%) en mentionnent l'absence. 2 d'entre eux (14,3%) déclarent que cela n'est pas applicable dans la/les structures où ils exercent.

Deuxièmement, nous avons interrogé l'organisation de réunions interservices entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte pour les patients nécessitant un relais des soins. 28,6% des pédopsychiatres de l'étude déclarent que de telles réunions n'ont jamais lieu, 57,1% déclarent qu'elles ont parfois lieu et seulement 14,3% déclarent qu'elles ont souvent lieu. Concernant les psychiatres, 59% déclarent que ces réunions n'ont jamais lieu, 28,2% mentionnent qu'elles ont parfois lieu et 12,8% disent qu'elles ont souvent lieu. Aucun praticien ne déclare qu'elles ont toujours lieu.

Ensuite, nous avons abordé la période conjointe de soins, qui se définit par une période où s'alternent temps de prise en charge avec la pédopsychiatrie et avec la psychiatrie adulte, associés éventuellement à des consultations communes. La majorité des pédopsychiatres interrogés (71,4%) déclarent que cette période conjointe de soins est parfois organisée, et peu d'entre eux (14,3%) évoquent que cette période est souvent organisée. Aucun ne déclare qu'elle est toujours organisée. Pour 41% des psychiatres interrogés, cette période conjointe est parfois organisée, et nombre d'entre eux (46,2%) déclarent qu'elle n'est jamais organisée. À l'instar des pédopsychiatres, peu de psychiatres (10,3%) déclarent qu'elle est souvent organisée. Ici aussi, aucun praticien ne déclare qu'elles ont toujours lieu.

Lorsque cette période conjointe de soins a lieu, pédopsychiatres et psychiatres s'accordent à dire qu'en majorité, 1 à 3 consultations y sont dédiées.

En ce qui concerne le transfert d'informations d'un service à l'autre, les psychiatres déclarent « toujours » bénéficier d'une transmission écrite pour 20,5% d'entre eux, « souvent » pour 17,9% d'entre eux, « parfois » pour 51,3% d'entre eux et « jamais » pour 10,3% d'entre eux.

Enfin, nous avons interrogé le critère continuité des soins via la question posée aux psychiatres : « parmi les patients qui vous ont été adressés en relais, quelle proportion suivez-vous encore à 3 mois du dernier rendez-vous avec le pédopsychiatre ? ». 35,9% des psychiatres ont répondu que cette proportion était importante, 35,9% ont répondu qu'elle était moyenne. Peu de psychiatres ont déclaré que cette proportion était faible ou nulle (17,9% et 10,3%).

5. Vécu des praticiens concernant la transition

Nous avons demandé aux praticiens si, d'une façon générale, ils étaient satisfaits des relais de soins effectués au cours de leur exercice.

Le test de Fisher n'a pas mis en évidence de différence statistiquement significative entre le vécu des pédopsychiatres et le vécu des psychiatres concernant la transition des soins ($p = 0.65$).

Les résultats sont rapportés au niveau des figures 6 et 7.

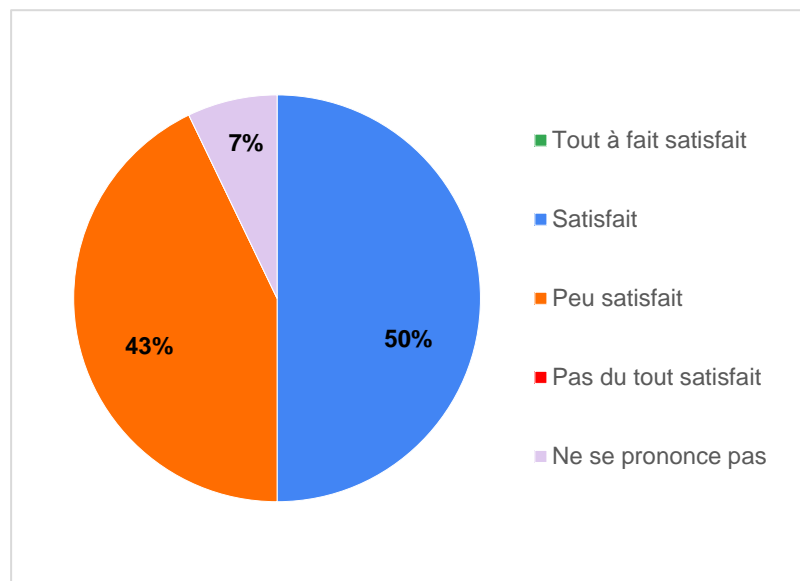


Figure 6 : Vécu des pédopsychiatres

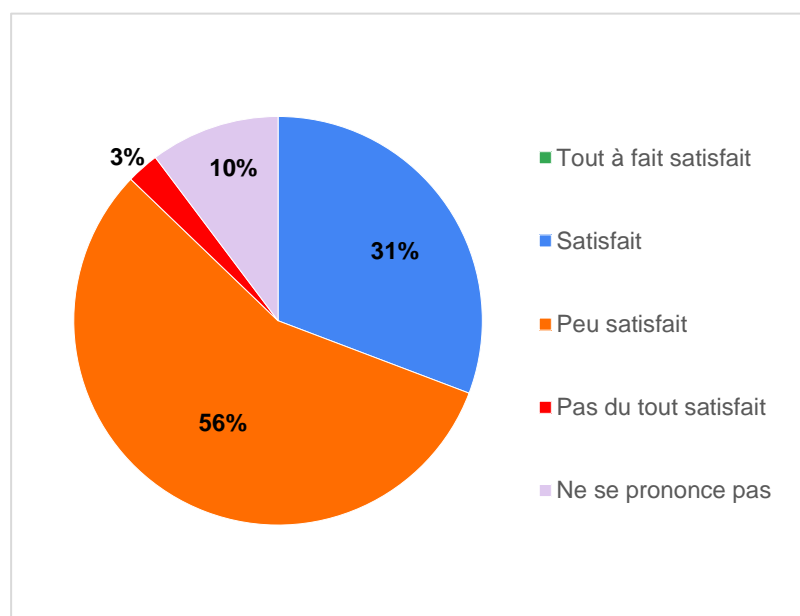


Figure 7 : Vécu des psychiatres

6. Vers l'amélioration des pratiques

6.1. Moment idéal du relais en termes d'âge du patient

Pour exactement la moitié des pédopsychiatres (50%), le relais des soins de la pédopsychiatrie vers la psychiatrie adulte devrait commencer à s'envisager dès les 18 ans du patient. Pour les psychiatres d'adulte, bien que la majorité d'entre eux (41%) retiennent également l'âge de 18 ans, les réponses sont un peu plus disparates avec 20,5% d'entre eux retenant les âges de 17 et 15 ans et 17,9% d'entre eux retenant l'âge de 16 ans pour commencer à envisager le relais. Ces données sont présentées dans le tableau V.

Tableau V : Avis des praticiens concernant le moment où le relais devrait commencer à s'envisager, $p = 0.91$

	Nombre de réponses obtenues n et pourcentages (%)	
	Pédopsychiatres	Psychiatres
15 ans	2 (14,3%)	8(20,5%)
16 ans	3 (21,4%)	7 (17.9%)
17 ans	2 (14,3%)	8 (20,5%)
18 ans	7 (50%)	16 (41%)

Les réponses sont encore plus disparates concernant le moment où le relais devrait être terminé, que ce soit pour les pédopsychiatres ou pour les psychiatres. Nous avons proposé pour cette question toutes les années comprises entre 15 et 21 ans. Malgré cette grande disparité, on observe que c'est l'âge de 18 ans qui a été retenu en majorité par les pédopsychiatres (35,7%) et l'âge de 19 ans par les psychiatres (25,6%). À noter que pour les psychiatres, l'âge de 18 ans arrive en deuxième position avec 23,1% de réponses de leur part. Ces données sont colligées dans le tableau VI.

Il n'était pas pertinent d'utiliser ici le test de Fisher du fait du nombre trop élevé de catégories d'âge.

Tableau VI : Avis des praticiens concernant le moment où le relais devrait être terminé

	Nombre de réponses obtenues n et pourcentages (%)	
	Pédopsychiatres	Psychiatres
15 ans	0	0
16 ans	1 (7,1%)	3 (7,7%)
17 ans	1 (7,1%)	4 (10,3%)
18 ans	5 (35,7%)	9 (23,1%)
19 ans	1 (7,1%)	10 (25,6%)
20 ans	4 (28,6%)	7 (17,9%)
21 ans	2 (14,3%)	6 (15,4%)

6.2. Prise de contact entre les partenaires du relais

Concernant la question des moyens préférés pour la prise de contact entre les équipes partenaires du relais, nous avons opté pour 4 propositions : par téléphone, par mail, par courrier et grâce à une réunion d'équipe. Il était possible de choisir plusieurs propositions.

Les pédopsychiatres préfèrent une réunion d'équipe en premier lieu (71,4%) et un contact téléphonique en deuxième lieu (42,9%). Les psychiatres d'adulte, eux, préfèrent un contact par courrier papier en premier lieu (56,4%) et une réunion d'équipe en deuxième lieu (53,8%).

Concernant l'avis des praticiens sur les informations les plus pertinentes à faire apparaître sur la demande de relais, nous leur avons demandé de choisir 5 propositions parmi 11.

Les cinq propositions les plus retenues par les pédopsychiatres sont : « les modalités de la prise en charge actuelle (fréquence, intervenants...) » (85,7%), « les projets envisagés (en termes de scolarité, d'insertion socio-professionnelle, de travail avec la famille) » (78,6%), « le diagnostic » (71,4%), « la dynamique familiale » (71,4%) et « le motif du relais » (64,3%).

Les cinq propositions les plus retenues par les psychiatres sont : « le diagnostic » (84,6%), « les projets envisagés (en termes de scolarité, d'insertion socio-professionnelle, de travail avec la famille) » (76,9%), « l'historique des traitements » (71,8%), « le motif du relais » (64,1%) et « les projets déjà effectués (en termes de scolarité, d'insertion socio-professionnelle, de travail avec la famille) » (59%).

On s'aperçoit que psychiatres et pédopsychiatres semblent s'accorder sur les trois propositions « diagnostic », « projets envisagés (en termes de scolarité, d'insertion socio-professionnelle, de travail avec la famille) » et « motif du relais ».

6.3. Réunions interservices et période conjointe de soins

La totalité des pédopsychiatres (100%) et la grande majorité des psychiatres (89,7%) déclarent que des réunions interservices entre les partenaires du relais devraient avoir lieu. De plus, pour la majorité des pédopsychiatres (78,6%) et des psychiatres (61,5%), certaines devraient avoir lieu en présence du patient.

Concernant la période conjointe de soins, elle paraît utile à 92,9% des pédopsychiatres et à 87,2% des psychiatres. Entre 1 et 3 consultations devraient y être dédiées pour la majorité des pédopsychiatres (71,4%) et également pour la majorité des psychiatres (64,1%).

On constate donc que pour les critères réunions interservices et période conjointe de soins, l'ensemble des praticiens semble s'accorder concernant leur utilité et même concernant le nombre de consultations qui leur paraîtrait pertinent (entre 1 et 3 consultations).

6.4. Continuité des soins à travers le retour d'informations

Une part du critère continuité des soins a été interrogée via la question concernant l'utilité de s'adresser des éléments de suivi, après que le relais des soins ait eu lieu.

La quasi-totalité des pédopsychiatres (92,9%) trouverait utile de recevoir un retour de la part des services adultes concernant le suivi mis en place après le relais et la majorité des psychiatres (64,1%) trouverait utile d'adresser des éléments de suivi à la pédopsychiatrie après que le relais des soins ait eu lieu ($p = 0.08$).

Concernant le moment le plus judicieux jugé par les praticiens pour adresser ou recevoir ces éléments de suivi, les réponses entre pédopsychiatres et psychiatres varient davantage. De fait, la majorité des pédopsychiatres (42,9%) choisissent un délai de 3 mois alors que la majorité des psychiatres (25,6%) choisissent un délai de 6 mois en priorité. Pour ces derniers, la proposition 12 mois arrive en deuxième position (17,9%) et la proposition 3 mois arrive en troisième position (15,4%).

On remarque donc que malgré des disparités de réponses concernant le délai précis, psychiatres et pédopsychiatres de l'étude semblent s'accorder sur l'utilité d'un retour d'informations après que le relais ait été effectif.

6.5. Mise en place d'un protocole

Dans cette partie, nous avons demandé l'avis des praticiens concernant l'utilité de la mise en place d'un protocole qui pourrait faciliter la transition entre pédopsychiatrie et psychiatrie de l'adulte. Pour cette question, 61,5% des pédopsychiatres et 73,7% des psychiatres répondent favorablement. L'analyse statistique n'a pas mis en évidence de différence statistiquement significative ($p = 0.58$).

DISCUSSION

1. Préambule : définitions et contexte actuel

1.1. Quelques définitions

La transition des soins se définit comme « un projet délibéré et planifié » pour des patients atteints de maladie chronique à mesure qu'ils passent d'une approche centrée sur l'enfant aux systèmes de soins de santé axés sur les adultes (9). C'est un processus qui aborde des aspects médicaux, psychosociaux, éducatifs et scolaires pour ces patients et qui s'ancre dans une intention thérapeutique. Ce concept a particulièrement été utilisé pour les soins somatiques lors du passage de la pédiatrie aux services adultes. Par analogie, a été développé le concept de transition des soins de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte. Une définition européenne récente (2022) conçoit cette transition des soins comme le relais d'un adolescent d'un service de pédopsychiatrie vers un service dédié aux adultes que ce soit un service d'hospitalisation, un réseau libéral, une structure médico-sociale ou bien un arrêt concerté des soins spécialisés avec implication du médecin généraliste (15). Une bonne transition des soins se réfère à un processus coordonné, déterminé et centré sur le patient, ceci assurant une continuité des soins, facteur primordial dans l'optimisation de la santé des patients. D'un point de vue temporel, la transition des soins commence par la préparation du patient à quitter un établissement de soins centrés sur l'enfant et se termine lorsque le patient a été reçu et est solidement engagé avec le service adulte (16).

Le terme de transfert des soins, quant à lui, se distingue de la transition des soins car il fait référence de manière restreinte à l'évènement administratif de passation de dossier entre deux services de soins (17). Dans certains cas, la transition des soins se résume à un transfert des soins et constitue en ce sens une des versions les moins optimales du processus de transition.

Parallèlement, le terme de transition fait également référence à la période de progression de l'adolescence vers l'âge adulte. Dans la littérature, le concept de transition vers l'âge adulte est fréquemment retrouvé chez ces patients qui sont également en transition entre deux services de soins.

1.2. Contexte actuel

Les adolescents et les jeunes adultes constituent une population particulièrement à risque en santé mentale. D'un point de vue épidémiologique, plusieurs études ont montré l'importance de la prévalence et de l'incidence des troubles mentaux chez ces patients en âge de transition. Selon une étude américaine portant sur plus de 9000 personnes, les premiers symptômes psychiatriques étaient apparus avant l'âge de 24 ans pour 75% des patients et avant l'âge de 14 ans pour 50% (18). Certains auteurs considèrent même les troubles en santé mentale de l'adulte comme « l'extension de troubles juvéniles » (17). A fortiori, on sait maintenant qu'il existe deux fenêtres importantes de début de psychopathologie : la période périnatale, et entre 15 et 25 ans.

Malgré ces constats préoccupants, la tranche d'âge 16-24 ans correspond exactement à la période la moins couverte en matière d'accès aux soins psychiatriques dans le monde entier. Il est de fait observé que seuls 21,8% de ces jeunes souffrant d'un trouble mental accèdent effectivement aux soins (3). Ceci pourrait paraître extrêmement paradoxal au vu des besoins énormes de cette tranche d'âge, mais malheureusement, la plupart des jeunes ayant un trouble psychiatrique et ayant besoin d'une poursuite des soins se retrouve en difficulté pour franchir le gouffre entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte. Cela nuit considérablement à leur accès aux soins. La problématique est d'autant plus complexe qu'il s'agit d'une population hétérogène souffrant de troubles psychiatriques pouvant évoluer depuis l'enfance mais également de débuts précoces, voire prodromiques de troubles psychiatriques qui s'exprimeront à l'âge adulte.

De plus, même si les données de recherche scientifique s'accumulent progressivement en matière de transition des soins de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte, un besoin évident de preuves solides demeure (19). Nombre de revues de la littérature font état du manque cruel de données dans le domaine, notamment en termes d'évaluation de modèles pouvant être mis en place et sur lesquels s'appuyer pour édifier des recommandations claires (20,21).

La littérature manque aussi de données concernant les aspects éthiques des soins de transition en psychiatrie. De fait, la question reste vive concernant l'équilibre entre l'amélioration des soins de transition et le risque de pathologiser une détresse et un dysfonctionnement transitoire pouvant être normal durant l'adolescence (22).

2. Biais et limites de l'étude

Plusieurs biais sont à prendre en compte dans notre étude. Tout d'abord, des biais de sélection inhérents à la méthodologie de l'étude semblent non négligeables, il s'agit particulièrement de biais de recrutement. Un premier biais de recrutement existe par le fait que les médecins libéraux aient été contactés en amont par téléphone pour l'obtention de leur adresse mail, à la différence des médecins salariés qui eux, ont reçu le questionnaire directement via les Affaires Médicales de leur établissement. Ce biais de recrutement était malheureusement difficilement évitable, le CNOM ne souhaitant fournir que le numéro de téléphone professionnel des praticiens. L'obtention de l'adresse mail des médecins libéraux pour diffusion du questionnaire n'était donc possible que par l'intermédiaire d'un appel téléphonique préalable.

On peut penser que les médecins libéraux ayant accepté de participer à l'enquête par téléphone se sont sentis plus engagés et ont davantage répondu une fois le questionnaire reçu. Il existe donc une potentielle sur représentativité des réponses des médecins libéraux.

Un autre biais de recrutement réside dans le fait que l'annuaire fourni par le CNOM, bien que mis à jour régulièrement, ne comportait vraisemblablement pas les médecins tout récemment installés et a contrario, comportait toujours les coordonnées téléphoniques des médecins tout récemment partis à la retraite. De par le manque éventuel des réponses des médecins qui n'ont pu être contactés, ce biais de recrutement peut également fausser la représentativité des résultats.

Un biais d'auto-sélection est également à prendre en compte au vu de l'établissement du questionnaire sur la base du volontariat. On peut supposer que les praticiens les plus sensibles à la question de la transition des soins entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte ont davantage répondu et sont donc sur représentés.

Deuxièmement, existent des biais de classement. Ils découlent en partie du biais de mémorisation par lequel les praticiens se basent sur leur expérience professionnelle pour répondre. Peuvent alors survenir des souvenirs erronés ou des oublis participant à des distorsions par rapport à leur expérience réelle, ce qui a pu biaiser nos résultats.

Un des biais de classement qui semble limité est par contre le biais de prévarication par mensonge ou omission volontaire. Effectivement, le caractère anonyme du questionnaire et la possibilité de l'effectuer de façon individuelle ont pu éviter le phénomène d'autocensure par crainte de jugement par les pairs. Ceci participe donc à réduire les biais de classement existant dans l'étude et in fine à augmenter sa validité interne et donc sa fiabilité.

Par ailleurs, bien que notre taux de réponse (19,9%) soit proche de la norme des sondages, ce nombre de réponses reste modeste et peut participer à une faible puissance pour notre étude. Nous avons néanmoins tenté d'anticiper cela lors de la rédaction du protocole de l'étude : de fait, cette méthodologie basée sur le volontariat a été délibérément choisie afin d'optimiser le taux de réponse, ce qui n'aurait peut-être pas été le cas avec la mise en place d'entretiens semi-dirigés.

Une autre des limites de l'étude concerne la question de la généralisation des résultats à l'ensemble de la population des pédopsychiatres et des psychiatres des trois départements du Maine-et-Loire, de la Sarthe et de la Mayenne.

Pour répondre à cette question, un des axes intéressants serait de pouvoir comparer la moyenne d'âge des praticiens inclus dans l'étude (population échantillon) avec celle des praticiens des trois départements (population cible). Malheureusement, de telles données sont difficilement accessibles. Par contre, la comparaison de la répartition géographique des départements d'exercice entre la population cible et la population échantillon montre des similitudes. Comme l'ont montré les résultats, notre échantillon est constitué de praticiens exerçant pour 58,5% d'entre eux en Maine-et-Loire, pour 35,8% d'entre eux en Sarthe et pour 5,7% d'entre eux en Mayenne. En parallèle, la population cible est constituée de 62,8% de praticiens exerçant en Maine-et-Loire, 25,6% en Sarthe et 11,2% en Mayenne. L'analyse statistique avec le test de Fisher n'a pas montré de différence statistiquement significative en matière de répartition géographique entre la population cible et la population échantillon ($p = 0.25$).

Ceci laisse donc suggérer que les résultats de notre étude pourraient être généralisables aux trois départements du Maine-et-Loire, de la Sarthe et de la Mayenne au vu des similitudes dans la répartition des départements d'exercice des praticiens.

3. Résultats de l'étude au regard de la littérature

3.1. Proportions de patients et indications des relais de soins

Dans notre étude, nous avons questionné d'une part la proportion des patients de 16-18 ans dans la patientèle actuelle des praticiens et d'autre part, la proportion de ces patients de 16-18 ans en relais de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte au cours des 12 derniers mois.

Le choix de cette tranche d'âge de 16-18 ans a été motivé par la différence observée entre la limite d'âge haute pour la pédopsychiatrie (généralement 16 ans) et l'âge seuil de prise en charge par la psychiatrie adulte (variable de 16 à 18 ans selon les lieux et les services).

Il semblait, à première vue des résultats, que les pédopsychiatres avaient davantage de patients de 16-18 ans dans leur patientèle que les psychiatres. Ceci a été confirmé par la mise en évidence d'une différence statistiquement significative ($p = 0,0007$) entre la proportion des patients de 16-18 ans dans la patientèle actuelle des pédopsychiatres par rapport à celle des psychiatres.

Nous sommes en droit de penser que cette différence pourrait en partie expliquer des divergences de point de vue entre des praticiens n'étant pas confrontés selon la même ampleur à la question de la transition des soins en psychiatrie.

La proportion des patients de 16-18 ans en relais au cours des 12 derniers mois n'a pu être comparée entre pédopsychiatres et psychiatres en raison des différences dans les propositions du questionnaire pour chaque catégorie de praticiens (Annexe 1). Nous avons néanmoins constaté que cette proportion était variable pour les pédopsychiatres comme pour les psychiatres.

Concernant les indications des relais de soins en matière de diagnostic, il n'a pas été possible de dégager un ordre de fréquence d'après les résultats de l'étude. Aucun diagnostic n'était surreprésenté par rapport aux autres. Cela contraste avec les données de la littérature selon lesquelles un prédicteur significatif de la poursuite des soins des services de santé mentale de l'enfant à ceux dédiés à l'adulte est un diagnostic primaire grave de santé mentale (schizophrénie, trouble bipolaire, trouble dépressif) (23). On aurait donc pu penser que ces diagnostics auraient davantage été représentés dans nos données pour ce qui est de la question des indications des relais de soins.

3.2. Freins à une transition optimale des soins

Dans la littérature, bon nombre d'études se sont attachées à mettre en perspective les obstacles pouvant nuire à une transition optimale des soins entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte (5-7,10). Des restrictions arbitraires d'âge, le manque de planification des soins, le manque de formation spécialisée sur l'adolescence (6), des difficultés pour communiquer (5) en sont des exemples. On retrouve également un manque de formation sur la transition des soins dans le cursus d'études des psychiatres et des pédopsychiatres (24), des différences de philosophies de soins entre les services de santé mentale pour enfants et ceux pour adultes (25), des réticences voire des résistances de la part des patients à quitter un système de soins connu (6), et une difficulté d'accès aux ressources existantes (5). Enfin, le manque de procédures et de protocoles pour guider la transition est également décrit comme obstacle majeur (5).

Dans notre étude, les résultats indiquent que tous ces obstacles sont généralement « fréquemment » ou « très fréquemment » retrouvés dans la pratique des professionnels interrogés. Les obstacles « manque de temps pour une planification adéquate des soins » et « manque de personnel » semblent davantage mis en avant par les pédopsychiatres. On pourrait penser que cela a un lien avec leur démographie médicale plus faible par rapport aux psychiatres, surtout pour l'aspect « manque de personnel ». La proposition « manque de formation autour de la question du relais des soins » est l'obstacle qui a été le moins retenu par les psychiatres, ce qui diffère de la littérature récente (24,26).

En termes de comparaison entre pédopsychiatres et psychiatres, aucune différence statistiquement significative n'a été mise en évidence concernant l'identification de tels freins dans leur pratique, ceci pour chaque frein qui leur a été proposé dans le questionnaire. On pourrait donc penser que les deux catégories de praticiens s'accordent sur ce sujet.

En outre, il était proposé une réponse en texte libre dans le cas où les praticiens auraient identifié d'autres obstacles dans leur pratique ou dans le cas où ils voudraient préciser davantage leur

réponse. Pour les pédopsychiatres, il ressort la difficulté de s'adapter aux différents CMP adultes ayant chacun leur protocole propre d'adressage mais également le manque de visibilité sur le circuit de la demande de relais. De plus, la définition de la sectorisation adulte pour un jeune entre 18 et 20 ans peut être problématique, le critère à privilégier pour cela n'étant pas clairement déterminé (adresse des parents, date de naissance, adresse temporaire, lieu de scolarité).

Pour les psychiatres, il ressort une difficulté à se représenter de façon claire l'organisation des prises en charge en pédopsychiatrie, qualifiées de « non calquables » sur les pratiques en psychiatrie adulte, mais également l'âge de relais jugé « trop jeune », le problème lié au changement de sectorisation et enfin la méconnaissance des collègues pédopsychiatres. Est également mise en avant la problématique des files actives déjà surchargées par des patients adultes, ce qui n'aiderait pas à prioriser les relais d'adolescents ou de jeunes adultes venant de la pédopsychiatrie.

3.3. Critères pour une transition optimale des soins

Ces critères ont été identifiés depuis quelques années dans la littérature scientifique (7,13,14,27). Il s'agit notamment de la planification des soins grâce à l'organisation de réunions interservices, de la période conjointe de soins, du transfert d'informations entre les services, de la continuité des soins et de l'implication du jeune et de sa famille dans les prises de décisions. La présence d'une équipe, constituée d'IPA (ou de case managers) s'occupant spécialement des relais des soins constitue également un critère pour une transition optimale.

Le projet MILESTONE (Managing the Link and Strengthening Transition from Child to Adult Mental Health Care in Europe) est un groupe d'études menées de 2014 à 2019 visant à comprendre et à améliorer la transition des soins entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte en Europe (11, 28–31). Une de ces études (11) consistait en un essai contrôlé randomisé réalisé sur une cohorte prospective de plus de 1000 patients, afin d'évaluer un modèle de « transition gérée » entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte. Ce modèle avait été élaboré à partir des critères pour une transition optimale. Il intégrait notamment les principes clés de la continuité des soins, du transfert d'informations adéquat,

de la collaboration appropriée entre les professionnels, de la planification de la transition en temps opportun et de l'implication du jeune/ de sa famille /de ses tuteurs dans le processus de planification des soins.

Il s'agit de la première étude interventionnelle dans le domaine et en ce sens, l'utilisation des critères de transition optimale pour l'élaboration de son modèle de « transition gérée » souligne leur importance.

Dans notre étude, de façon majoritaire, les praticiens déclarent que plusieurs de ces critères sont peu utilisés dans leur pratique actuelle, en particulier en ce qui concerne la présence d'une équipe soignante gérant la transition, l'organisation de réunions interservices, la période conjointe de soins et le transfert d'informations vers la psychiatrie adulte.

En revanche, le critère continuité des soins semble meilleur puisque la majorité des psychiatres déclare que la proportion de patients encore suivis à 3 mois du dernier rendez-vous avec le pédopsychiatre est « importante » ou « moyenne ».

Enfin, le critère de l'implication du jeune dans les prises de décisions le concernant n'a pas été questionné dans la partie « pratiques actuelles » du questionnaire mais dans la partie « perspectives d'amélioration ». On peut noter que la majorité des praticiens envisage l'organisation de certaines réunions interservices en présence du patient (78,6% des pédopsychiatres et 61,5% des psychiatres). Cependant, il est difficile de savoir si cela se retrouve effectivement dans leur pratique courante.

3.4. Perspectives d'amélioration

Malgré l'utilisation modérée des critères pour une transition optimale des soins dans leur pratique, on note une volonté d'amélioration de la part des pédopsychiatres comme des psychiatres. En effet, l'utilité des réunions interservices (dont certaines en présence du jeune), de la période conjointe de soins et du retour d'informations après le relais ne fait aucun doute selon l'avis des praticiens de l'étude. On note également une volonté claire de communication et de collaboration entre pédopsychiatres et psychiatres. Leurs réponses concernant les moyens préférés pour la prise de contact et les informations les plus pertinentes à faire apparaître sur la demande de relais corroborent cette donnée.

En ce qui concerne l'âge idéal pour le relais des soins, on s'aperçoit que malgré des réponses disparates pour les pédopsychiatres comme pour les psychiatres, c'est l'âge de 18 ans qui se détache en majorité des autres propositions d'âge. Ceci, surtout pour l'âge auquel le relais devrait commencer à s'envisager. De plus, dans l'une des questions ouvertes du questionnaire, un praticien mentionnait qu'un des principaux freins à une transition optimale est l'âge jugé trop jeune au moment du relais, à savoir 16 ans en général.

Ceci fait écho au Décret n°2022-1263 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de psychiatrie (32). Ce Décret, qui devrait entrer en vigueur au 1^{er} juin 2023, relève le seuil haut des prises en charge en pédopsychiatrie de 16 à 18 ans et de fait, relève également l'âge pour le relais des soins vers la psychiatrie adulte. On peut souligner que ce Décret se trouve en accord avec l'avis des praticiens de notre étude, selon lequel la hausse de l'âge pour ce relais de 16 à 18 ans pourrait constituer une perspective d'amélioration des soins de transition.

Cependant, on peut se questionner sur le fait que l'amélioration des pratiques passe par la modification de l'âge du relais. On pourrait craindre que cela ne fasse que repousser le problème de quelques années sans vraiment en aborder la complexité. Certaines études ont notamment suggéré qu'au lieu d'une définition arbitraire de limites d'âge, il serait plus pertinent d'axer le relais des soins sur un projet personnalisé en terme clinique et de développement, centré sur le patient et adapté en fonction de chaque cas (7).

En l'attente de recommandations claires et de directives publiques dans le domaine de la transition des soins entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte, des initiatives locales ont vu le jour. Certaines sont décrites dans la littérature. C'est le cas par exemple au sein du secteur psychiatrique de Villeurbanne en France (33). Ce secteur est l'un des plus importants de France avec 1550 patients suivis en psychiatrie adulte et 307 adolescents suivis en pédopsychiatrie. Afin de faciliter les relais et les liens entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte, dont les structures sont géographiquement éloignées, des réunions pluridisciplinaires sont organisées régulièrement, pour partager les cultures de soins différentes et évoquer les situations cliniques complexes. Ce dispositif, associant professionnels de la psychiatrie adulte et de la pédopsychiatrie est en place depuis fin 2019 et le partenariat est coordonné par des professionnels référents (psychiatres et infirmiers) de la psychiatrie adulte. L'identification de soignants référents en psychiatrie adulte a permis de faciliter les relais (33). En outre, depuis octobre 2020, un psychiatre du secteur adulte travaille une journée par semaine sur le secteur de pédopsychiatrie dans l'optique de coordonner les relais.

Enfin, des propositions de modèles de soins ont également vu le jour afin d'amorcer cette amélioration.

D'une part, des modèles axés sur la « coordination de la transition » ont été élaborés, modèles proposés majoritairement par le Royaume-Uni (17). L'idée est de faire en sorte que le pont entre les deux services fonctionnant souvent de façon séparée soit le plus solide et le plus coordonné possible.

D'autre part, des modèles axés sur la création de « services spécialisés pour les jeunes en âge de transition » ont été conçus, modèles portés initialement par l'Australie (3). Il s'agit de services se situant à la jonction entre soins pédopsychiatriques et psychiatriques. Bien que ces derniers modèles soient sous-tendus par une volonté nette d'amélioration des soins, ils peuvent soulever la question de la création possible de deux ruptures au lieu d'une dans la continuité des soins, dans un premier temps avec la pédopsychiatrie, puis dans un deuxième avec la psychiatrie adulte.

4. Initiatives locales en place et en projet dans la subdivision d'Angers

4.1. Le dispositif Passerelle

À Laval, a été développé le dispositif Passerelle, qui consiste en un temps de groupe de CMP-CATTP pour les jeunes nécessitant une transition des soins vers la psychiatrie adulte, lorsqu'ils atteignent l'âge de 15 ans. Ce dispositif, né d'une volonté des équipes paramédicales d'améliorer cette transition, a vu le jour suite à des réunions communes entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte en 2015. Le dispositif prend place au sein des locaux du CMP-CATTP d'un des deux secteurs de psychiatrie adulte de Laval et constitue, de par son emplacement géographique lui-même, une occasion pour les jeunes d'amorcer la transition vers les soins adultes.

L'équipe dédiée est constituée de deux infirmiers venant de la pédopsychiatrie, de trois infirmiers et d'un ergothérapeute venant de la psychiatrie adulte, et propose une prise en charge adaptable et centrée sur le jeune. Par exemple, sont organisés des « cafés-rencontres » pour les admissions, lors desquels sont invités le patient, son référent en pédopsychiatrie, ses parents ou ses tuteurs et ses éducateurs, en vue d'un accueil par les soignants et les autres patients du dispositif. Le relais avec les services adultes est pensé après les temps de rencontre avec l'infirmier référent de psychiatrie adulte et généralement, la durée de prise en charge est de 12 à 18 mois.

Les admissions au sein du dispositif sont possibles sur indication à la fois de la pédopsychiatrie et de la psychiatrie adulte. En pratique, les patients admis souffrent de troubles sévères avec retentissement fonctionnel important générant un risque élevé de rupture des soins.

De plus, des réunions de supervision pour les soignants du dispositif sont organisées tous les 2 à 3 mois, avec deux psychologues de la psychiatrie adulte, deux cadres infirmiers (de la pédopsychiatrie et de la psychiatrie adulte), un pédopsychiatre et un psychiatre d'adulte. Ces réunions sont l'occasion de présenter les nouveaux patients, de faire le point sur chaque patient, d'acter les sorties et de faire un retour sur l'évolution du groupe de patients. Elles ont aussi permis aux équipes de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte de mieux se connaître et d'appréhender la différence existante entre ces deux domaines.

Depuis l'épidémie de Covid-19, le nombre de jeunes en attente d'une prise en charge par le dispositif Passerelle a augmenté et il serait en projet de créer un second groupe de prise en charge. Un hôpital de jour dédié aux adolescents sur Laval est également en cours de réflexion, la question de comment penser l'articulation avec le dispositif Passerelle étant d'actualité. Finalement, depuis la création du dispositif Passerelle, une cinquantaine d'adolescents de Laval ont pu expérimenter une transition de qualité vers la psychiatrie adulte, ce qui a considérablement œuvré pour la continuité de leur soins psychiatriques.

4.2. La formation d'une Infirmière en Pratique Avancée (IPA)

Au Mans, la formation d'une IPA au sein du Pôle de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (PPEA) de l'EPSM de la Sarthe est en cours. Son travail débutera en juillet 2023 et sa mission consistera à coordonner et à participer au suivi ainsi qu'à l'organisation du parcours de soins des patients âgés de 16 ans bénéficiant d'un suivi sur le Centre de Soins pour Adolescents (CSA) ou ayant bénéficié d'un suivi sur le PPEA, en vue d'un relais sur le Pôle de Psychiatrie adulte.

L'IPA aura également un champ d'action au cœur des unités intra-hospitalières du Pôle de Psychiatrie adulte de l'EPSM de la Sarthe en vue d'améliorer l'accueil et le séjour des mineurs adolescents. En ce sens, elle aura pour rôle d'élaborer des outils d'information et de coordination, de participer aux temps de réunions pluridisciplinaires et d'accompagner le développement de connaissances spécifiques. Enfin, elle pourra promouvoir et soutenir le travail de partenariat avec les réseaux sociaux et médico-sociaux (ASE, éducatif, scolarité). L'objectif serait qu'à terme, d'autres IPA soient formés et travaillent en vue des relais avec les CMP périphériques du département de la Sarthe.

4.3. Le Dispositif de détection et d'Intervention Précoce dans les troubles Psychotiques Émergents (DIPPE)

Le DIPPE est un projet porté actuellement par trois établissements : l'EPSM de la Sarthe au Mans, le CESAME à Angers et le CHU de Nantes. Ce projet axe ses missions sur la détection des jeunes âgés de 15 à 30 ans présentant des situations d'Ultra-Haut Risque (UHR) de transition psychotique et sur l'accompagnement des patients présentant des troubles psychotiques débutants. Accueillant des jeunes en phase de transition (de par leur pathologie mais aussi de par leur tranche d'âge), le but est double : il s'agit de créer un espace permettant une prise de conscience et une acceptation de la maladie par ces jeunes, mais également d'accorder du temps pour penser la transition des soins. En effet, pensé en 3 ans, le DIPPE est sous-tendu par une volonté de favoriser la coordination entre les différents acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux entourant ces jeunes accompagnés. En ce sens, la dernière année de prise en charge est dédiée à l'inscription du jeune dans les dispositifs existants pouvant répondre à ses besoins ainsi qu'au relais avec la psychiatrie adulte.

4.4. Le Dispositif de Soins pour Adolescents (DSA) et l'ouverture d'un service spécialisé pour les adolescents en âge de transition

À Angers, le Dispositif de Soins pour Adolescents (DSA), structure faisant partie intégrante du CESAME, propose des soins ambulatoires aux patients dans la tranche d'âge de 14 à 18 ans. Une bonne partie des soins dispensés réside dans le travail de relais des soins vers la psychiatrie adulte. À Angers, la psychiatrie adulte comporte 6 secteurs adultes qui ont chacun plusieurs CMP. Pour cela, des réunions et des rencontres avec ces structures sont fréquemment organisées pour penser les relais.

De plus, un service d'hospitalisation pour les adolescents de 14 à 18 ans est en cours de création. L'offre de soins s'adresserait à la population adolescente du département du Maine-et-Loire. Ce projet, porté par des médecins du CESAME, consisterait en un service spécialisé, dédié aux problématiques de l'adolescence, où pourrait se travailler la question de la transition des soins avec les services adultes.

En ce sens, l'équipe médicale serait constituée de psychiatres d'adulte et de pédopsychiatres. Cette unité trouverait sa place près des autres secteurs adultes de l'hôpital du CESAME et l'idée serait de créer 3 unités de 7 à 8 lits d'hospitalisation dont 1 unité de crise et 2 unités de post-crise. Les demandes de financements sont présentement en cours et le projet devrait voir le jour d'ici 1 à 2 ans.

CONCLUSION

La problématique de la transition des soins de la pédopsychiatrie vers la psychiatrie adulte est majeure et constitue un enjeu primordial de santé publique. Il est alarmant de constater que la population des jeunes ayant besoin d'une poursuite des soins en santé mentale se heurte à un obstacle au moment où elle aurait le plus besoin d'une prise en charge spécialisée, renforcée, et adaptée. Ceci est d'autant plus inquiétant lorsque l'on regarde les données de l'OMS selon lesquelles les suicides et les comportements auto agressifs sont la 3ème cause de mortalité chez les adolescents (34).

Pour améliorer cette transition, les données s'accumulent progressivement dans la littérature, en termes d'identification des barrières et des facteurs pouvant la faciliter. Des critères pour une transition optimale ont même été décrits et quelques modèles commencent à être proposés et évalués. Néanmoins, un besoin de recherche supplémentaire demeure afin de pouvoir édicter des recommandations claires et d'harmoniser les pratiques.

Dans notre étude, les praticiens interrogés ont montré un réel intérêt pour le sujet. Bien que l'utilisation des critères pour une transition optimale des soins soit encore modérée dans les pratiques actuelles, l'ensemble des psychiatres et des pédopsychiatres de l'étude ont témoigné d'une nette volonté d'amélioration.

Leur avis concernant d'une part les freins pouvant nuire à cette transition mais aussi les modalités pour l'améliorer s'est révélé majoritairement concordant. De fait, aucune différence statistiquement significative n'a été mise en évidence après comparaison de l'avis des psychiatres par rapport à celui des pédopsychiatres de l'étude ($p > 0.05$). La mise en place de réunions interservices, d'une période conjointe de soins, d'une équipe soignante dédiée aux relais, d'un retour d'informations après le relais, et même d'un protocole semble envisageable en l'attente de directives publiques.

À l'instar des initiatives locales décrites dans la littérature (33), des dispositifs ont vu et voient encore le jour dans la subdivision d'Angers et ailleurs, ce qui laisse pressentir le souci accru d'améliorer la collaboration et la communication entre les professionnels impliqués dans cette transition des soins.

BIBLIOGRAPHIE

- 1.Ormel J, Raven D, Oort F van, Hartman CA, Reijneveld SA, Veenstra R, et al. Mental health in Dutch adolescents: a TRAILS report on prevalence, severity, age of onset, continuity and co-morbidity of DSM disorders. *Psychol Med.* janv 2015;45(2):345-60.
- 2.Singh SP. Transition of care from child to adult mental health services: the great divide. *Curr Opin Psychiatry.* juill 2009;22(4):386.
- 3.McGorry P, Bates T, Birchwood M. Designing youth mental health services for the 21st century: examples from Australia, Ireland and the UK. *Br J Psychiatry.* janv 2013;202(s54):s30-5.
- 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 Serv Res.* 23 juin 2008;8:135.
- 5.Schandrin A, Boulenger JP, Batlaj-Lovich M, Capdevielle D. Relais entre pédopsychiatrie et psychiatrie d'adulte : évaluation et propositions. *Eur Psychiatry.* nov 2013;28(S2):65-65.
- 6.Davidson S, Cappelli M, A. Vloet M. We've got growing up to do: Transitioning youth from child and adolescent mental health services to adult mental health services [Internet] May 2011. [cité 21 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.cymha.ca/modules/ResourceHub/?id=9773F3CB-12BD-40EF-B3D3-8E6C4F2F329D>
- 7.Lepiece B, Patigny P, Dubois T, Jacques D, Zdanowicz N. Improving Transition from Child and Adolescent Mental Health Services to Adult Mental Health Services for Adolescents in Transition to Young Adulthood: A Literature Review. *Psychiatr Danub.* sept 2020;32(Suppl 1):153-157.
- 8.Suris JC, Akre C. Key Elements for, and Indicators of, a Successful Transition: An International Delphi Study. *J Adolesc Health.* 1 juin 2015;56(6):612-8.
- 9.Paul M, Ford T, Kramer T, Islam Z, Harley K, Singh SP. Transfers and transitions between child and adult mental health services. *Br J Psychiatry.* janv 2013;202(s54):s36-40.
- 10.Paul M, Street C, Wheeler N, Singh SP. Transition to adult services for young people with mental health needs: A systematic review. *Clin Child Psychol Psychiatry.* juill 2015;20(3):436-57.
- 11.Tuomainen H, Singh SP, Consortium TM. Novel research on transition from child to adult mental health services in Europe: The MILESTONE project. *Eur Psychiatry.* mars 2016;33(S1):S58-9.
- 12.American Psychiatric Association. (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Washington, DC : American Psychiatric Association.
- 13.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. *Br J Psychiatry.* oct 2010;197(4):305-12.

14. Muñoz-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. *Curr Opin Psychiatry*. juill 2010;23(4):311.
15. Maurice V, Russet F, Scocco P, McNicholas F, Santosh P, Singh SP, et al. Transition from child and adolescent mental health care to adult services for young people with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) or Autism Spectrum Disorder (ASD) in Europe: Barriers and recommendations. *L'Encéphale*. 1 oct 2022;48(5):555-9.
16. Coleman EA, Berenson RA. Lost in Transition: Challenges and Opportunities for Improving the Quality of Transitional Care. *Ann Intern Med*. 5 oct 2004;141(7):533-6.
17. 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):358-61.
18. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustun TB. Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry*. juill 2007;20(4):359-64.
19. Reale L, Bonati M. Mental disorders and transition to adult mental health services: A scoping review. *Eur Psychiatry*. nov 2015;30(8):932-42.
20. Anderson JK, Newlove-Delgado T, Ford TJ. Annual Research Review: A systematic review of mental health services for emerging adults - moulding a precipice into a smooth passage. *J Child Psychol Psychiatry*. avr 2022;63(4):447-62.
21. Appleton R, Connell C, Fairclough E, Tuomainen H, Singh SP. Outcomes of young people who reach the transition boundary of child and adolescent mental health services: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2019;28(11):1431-46.
22. Paul M, O'Hara L, Tah P, Street C, Maras A, Ouakil DP, et al. A systematic review of the literature on ethical aspects of transitional care between child- and adult-orientated health services. *BMC Med Ethics*. 18 juill 2018;19:73.
23. Cohen DA, Klodnick VV, Kramer MD, Strakowski SM, Baker J. Predicting Child-to-Adult Community Mental Health Service Continuation. *J Behav Health Serv Res*. 1 juill 2020;47(3):331-45.
24. Russet F, Humbertclaude V, Davidovic Vrljicak N, Dieleman GC, Dodig-Ćurković K, Franic T, et al. Are Psychiatrists Trained to Address the Mental Health Needs of Young People Transitioning From Child to Adult Services? Insights From a European Survey. *Front Psychiatry* [Internet]. 2022 [cité 21 févr 2023];12. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2021.768206>
25. Mulvale GM, Nguyen TD, Miatello AM, Embrett MG, Wakefield PA, Randall GE. Lost in transition or translation? Care philosophies and transitions between child and youth and adult mental health services: a systematic review. *J Ment Health*. 4 juill 2019;28(4):379-88.

- 26.Hendrickx G, De Roeck V, Russet F, Dieleman G, Franic T, Maras A, et al. Transition as a topic in psychiatry training throughout Europe: trainees' perspectives. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1 janv 2020;29(1):41-9.
- 27.Cappelli M, Davidson S, Racek J, Leon S, Vloet M, Tataryn K, et al. Transitioning Youth into Adult Mental Health and Addiction Services: An Outcomes Evaluation of the Youth Transition Project. *J Behav Health Serv Res*. 1 oct 2016;43(4):597-610.
- 28.Tuomainen H, Schulze U, Warwick J, Paul M, Dieleman GC, Franić T, et al. Managing the link and strengthening transition from child to adult mental health Care in Europe (MILESTONE): background, rationale and methodology. *BMC Psychiatry*. 4 juin 2018;18:167.
- 29.Singh SP, Tuomainen H, de Girolamo G, Maras A, Santosh P, McNicholas F, et al. Protocol for a cohort study of adolescent mental health service users with a nested cluster randomised controlled trial to assess the clinical and cost-effectiveness of managed transition in improving transitions from child to adult mental health services (the MILESTONE study). *BMJ Open*. 16 oct 2017;7(10):e016055.
- 30.Signorini G, Singh SP, Boricevic-Marsanic V, Dieleman G, Dodig-Ćurković K, Franic T, et al. Architecture and functioning of child and adolescent mental health services: a 28-country survey in Europe. *Lancet Psychiatry*. sept 2017;4(9):715-24.
- 31.Santosh P, Singh J, Adams L, Mastroianni M, Heaney N, Lievesley K, et al. Validation of the Transition Readiness and Appropriateness Measure (TRAM) for the Managing the Link and Strengthening Transition from Child to Adult Mental Healthcare in Europe (MILESTONE) study. *BMJ Open*. 23 juin 2020;10(6):e033324.
- 32.Décret n° 2022-1263 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de psychiatrie. 2022-1263 sept 28, 2022.
- 33.Fontaine-Haïk C, Thomas B, Thevenet M, Grisi S, Giloux N. Transition de la pédopsychiatrie vers la psychiatrie adulte : un dispositif innovant [Internet]. [cité 22 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.encephale.com/Actualites/2021/Posters/Transition-de-la-pedopsychiatrie-vers-la-psychiatrie-adulte-un-dispositif-innovant>
- 34.Plus de 1,2 million de décès d'adolescents chaque année, presque tous évitables [Internet]. [cité 21 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/16-05-2017-more-than-1-2-million-adolescents-die-every-year-nearly-all-preventable>

LISTE DES FIGURES

<u>Figure 1</u> : Répartition des lieux d'exercice et de l'activité des professionnels (%)	9
<u>Figure 2</u> : Réponse à la question : « Pour quelles indications adressez-vous les patients vers la psychiatrie adulte ? »	11
<u>Figure 3</u> : Réponse à la question : « Pour quelles indications recevez-vous les patients en relais de la pédopsychiatrie ? »	12
<u>Figure 4</u> : Freins à une transition optimale des soins identifiés par les pédopsychiatres	14
<u>Figure 5</u> : Freins à une transition optimale des soins identifiés par les psychiatres	14
<u>Figure 6</u> : Vécu des pédopsychiatres.....	18
<u>Figure 7</u> : Vécu des psychiatres.....	18

LISTE DES TABLEAUX

<u>Tableau I</u> : Tranche d'âge des répondants, $p = 0.92$	7
<u>Tableau II</u> : Répartition des départements d'exercice, $p = 0.89$	8
<u>Tableau III</u> : Réponse à la question : « Depuis combien de temps exercez-vous dans votre département ? », $p = 0.91$	8
<u>Tableau IV</u> : Proportion de patients de 16-18 ans dans la patientèle actuelle, $p = 0.0007$	10
<u>Tableau V</u> : Avis des praticiens concernant le moment où le relais devrait commencer à s'envisager, $p = 0,91$	19
<u>Tableau VI</u> : Avis des praticiens concernant le moment où le relais devrait être terminé	20

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	2
INTRODUCTION	3
MÉTHODES	5
RÉSULTATS	7
1. Caractéristiques de la population étudiée	7
2. Contexte et indications des relais de soins	10
2.1. Proportion de patients de 16-18 ans dans la patientèle des praticiens interrogés	10
2.2. Proportion de patients de 16-18 ans en relais au cours des 12 derniers mois	11
2.3. Fréquence des indications des relais de soins	11
3. Identification des freins à une transition optimale des soins	13
4. Critères pour une transition optimale des soins	16
5. Vécu des praticiens concernant la transition	18
6. Vers l'amélioration des pratiques	19
6.1. Moment idéal du relais en terme d'âge du patient	19
6.2. Prise de contact entre les partenaires du relais	20
6.3. Réunions interservices et période conjointe de soins	21
6.4. Continuité des soins à travers le retour d'informations	22
6.5. Mise en place d'un protocole	22
DISCUSSION	23
1. Préambule : définitions et contexte actuel	23
1.1. Quelques définitions	23
1.2. Contexte actuel	24
2. Biais et limites de l'étude	26
3. Résultats de l'étude au regard de la littérature	29
3.1. Proportions de patients et indications des relais de soins	29
3.2. Freins à une transition optimale des soins	30
3.3. Critères pour une transition optimale des soins	31
3.4. Perspectives d'amélioration	33
4. Initiatives locales en place et en projet dans la subdivision d'Angers	35
4.1. Le dispositif Passerelle	35
4.2. La formation d'une Infirmière en Pratique Avancée (IPA)	36
4.3. Le Dispositif de détection et d'Intervention Précoce dans les troubles Psychotiques Emergents (DIPPE)	37
4.4. Le Dispositif de Soins pour Adolescents (DSA) et l'ouverture d'un service spécialisé pour les adolescents en âge de transition	37
CONCLUSION	39
BIBLIOGRAPHIE	40
LISTE DES FIGURES	43
LISTE DES TABLEAUX	44
TABLE DES MATIÈRES	45
ANNEXES	I
1. Questionnaire	I
2. Avis du Comité d'Éthique	XVII

ANNEXES

1. Questionnaire

Transition des soins entre la Pédopsychiatrie et Psychiatrie adulte

I/ Partie commune aux psychiatres et aux pédopsychiatres

1) Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

2) Votre tranche d'âge :

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

3) Vous exercez principalement :

- En Maine-et-Loire
- En Sarthe
- En Mayenne

4) Depuis combien de temps exercez-vous dans votre département ?

- Moins de 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Entre 10 et 15 ans
- Entre 15 et 20 ans
- Plus de 20 ans

5) Vous exercez dans le secteur :

- Public
- Privé
- Mixte

6) Vous exercez :

- Dans un CMP
- Une activité de consultation (hors CMP)
- Dans une unité hospitalière de secteur
- Dans une unité hospitalière (hors secteur)
- Une activité d'urgence/liaison
- En hôpital de jour
- Dans une structure médico-sociale (CMPP, MDA, CSAPA, autre...)

7) Vous exercez principalement en tant que :

- Pédopsychiatre
- Psychiatre

II/Partie adressée aux pédopsychiatres

En Pratique

1) Quelle est la proportion de patients de 16-18 ans parmi les patients que vous prenez en charge actuellement ?

- Inférieure à 10 %
- Entre 10 et 20 %
- entre 20 et 30 %
- supérieure à 30 %

2) Parmi ces patients de 16-18 ans, quelle est la proportion de patients que vous avez adressés en psychiatrie adulte au cours des 12 derniers mois ?

- Inférieure à 10 %
- Entre 10 et 20 %
- Entre 20 et 30 %
- Supérieure à 30 %
- Non applicable

3) Dans votre pratique, pour quelle(s) indication(s) adressez-vous les patients vers la psychiatrie adulte ?

	Jamais	Peu fréquemment	Fréquemment	Très fréquemment
Trouble dépressif				
Trouble bipolaire				
Trouble du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques				
Trouble lié à des traumatismes ou des facteurs de stress				
Trouble anxieux (refus scolaire anxieux, phobie sociale, trouble panique, trouble anxieux généralisé)				
Trouble obsessionnel-compulsif				
Trouble de la personnalité en constitution				

Trouble du spectre de l'autisme				
Trouble des apprentissages				
Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité				
Troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites				
Trouble de la dynamique familiale				
Trouble des conduites alimentaires				
Trouble addictif				
Pas d'indication spécifiée				

4) Une équipe (constituée par exemple d'infirmiers de pratique avancée) s'occupant du relais des soins vers la psychiatrie adulte est-elle en activité dans la/les structure(s) où vous exercez ?

-oui

-non

-non applicable

5) A qui adressez-vous les patients nécessitant un relais des soins ?

	Jamais	Peu fréquemment	Fréquemment	Très fréquemment
Au CMP adulte				
Dans une unité d'hospitalisation (complète ou de jour)				
A un psychiatre libéral				
Au médecin traitant				
Je poursuis le suivi faute de relais				
Je poursuis le suivi par choix				

6) Une ou plusieurs réunion(s) sont-elles organisées avec la psychiatrie adulte pour les patients nécessitant un relais ?

-Toujours

-Souvent

-Parfois

-Jamais

7) Lors des relais vers la psychiatrie adulte, une période conjointe de soins* est organisée :

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Jamais

*définition d'une période conjointe de soins : période où s'alternent temps de prise en charge avec la pédopsychiatrie et avec la psychiatrie adulte, associée éventuellement à des consultations communes avec pédopsychiatre et psychiatre.

8) Lorsque cette période conjointe de soins a lieu, à combien s'élève le nombre de consultations qui y sont dédiées ?

- 1 consultation
- entre 1 et 3 consultations
- entre 3 et 6 consultations
- plus de 6 consultations
- non applicable

9) Dans votre pratique, avez-vous identifié des freins à une transition optimale des soins entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte ?

	Jamais	Peu fréquemment	Fréquemment	Très fréquemment
Limite d'âge définie par les établissements				
Manque de temps pour une planification adéquate des soins				
Difficultés de communication entre les partenaires du relais				
Manque de personnel				
Manque de formation sur les spécificités cliniques de l'adolescence / jeune adulte				
Manque de formation autour de la question du relais des soins				

Différence de priorisation des axes thérapeutiques entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie				
Crainte/réticence du patient concernant le changement de médecin				
Difficulté d'identification d'une structure de relais				
Pas de frein identifié				

10) Avez-vous identifié d'autres freins ou voulez-vous préciser un/des item(s) de la question précédente ?

11) Etes-vous satisfait des relais de soins effectués au cours de votre exercice ?

-Tout à fait satisfait

-Satisfait

-Peu satisfait

-Pas du tout satisfait

-Ne se prononce pas

Vers l'amélioration des pratiques

1) A quel moment pensez-vous que ce relais devrait commencer à s'envisager ?

- 15 ans
- 16 ans
- 17 ans
- 18 ans

2) A quel moment pensez-vous que ce relais devrait être terminé ?

- 15 ans
- 16 ans
- 17 ans
- 18 ans
- 19 ans
- 20 ans
- 21 ans

3) Seriez-vous favorable à la mise en place d'un protocole pour faciliter la transition entre pédopsychiatrie et psychiatrie de l'adulte ?

- Oui
- Non

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

- Téléphone
- Mail
- Courrier papier
- Réunion d'équipe

5) Selon vous, quelles sont les informations les plus pertinentes à faire apparaître sur la demande de relais ? (seules 5 réponses possibles)

- Motif du relais
- Diagnostic
- Examens complémentaires réalisés
- Historique des traitements
- Modalités de la prise en charge actuelle (fréquence, intervenants...)

- Dynamique familiale
- Situation sociale
- Projets effectués (en termes de scolarité, d'insertion socio-professionnelle, de travail avec la famille)
- Projets effectués (en termes de thérapie médicamenteuse)
- Projets envisagés (en termes de scolarité, d'insertion socio-professionnelle, de travail avec la famille)
- Projet envisagés (en termes de thérapie médicamenteuse)

6) Pensez-vous que des réunions interservices (avec la psychiatrie adulte) doivent avoir lieu ?

- Oui
- Non

6') Si oui, doivent-elles inclure la présence du patient ?

- Oui (toutes)
- Oui (certaines)
- Non
- Non applicable

7) Une période conjointe de soins vous paraît-elle utile ?

- Oui
- Non

7') Si oui, combien de consultations devraient y être dédiées selon vous ?

- 1 consultation
- entre 1 et 3 consultations
- entre 3 et 6 consultations
- plus de 6 consultations
- non applicable

8) Pour votre pratique, trouveriez-vous utile d'avoir un retour de la part des services adultes concernant le suivi mis en place après le relais ?

- Oui
- Non

9) Si oui, à quel moment après le relais ?

-1 mois

-3 mois

-6 mois

-12 mois

-non applicable

10) Avez-vous des suggestions pour améliorer la transition pédopsychiatrie/psychiatrie adulte ?

...

Si vous souhaitez un retour de ce travail en vue de l'amélioration des pratiques, renseignez votre adresse mail ici

III/Partie adressée aux psychiatres

En Pratique

1) Quelle est la proportion de patients de 16-18 ans parmi les patients que vous prenez en charge actuellement ?

- Inférieure à 10 %
- Entre 10 et 20 %
- Entre 20 et 30 %
- Supérieure à 30 %

2) Parmi ces patients de 16-18 ans, quelle est la proportion qui vous a été adressée par la pédopsychiatrie au cours des 12 derniers mois ?

- Inférieure à 25 %
- Entre 25 et 50 %
- Entre 50 et 75 %
- Supérieure à 75 %
- Non applicable

3) Dans votre pratique, pour quelle(s) indication(s) recevez-vous les patients en relais de la pédopsychiatrie ?

	Jamais	Peu fréquemment	Fréquemment	Très fréquemment
Trouble dépressif				
Trouble bipolaire				
Trouble du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques				
Trouble lié à des traumatismes ou des facteurs de stress				
Trouble anxieux (refus scolaire anxieux, phobie sociale, trouble panique, trouble anxieux généralisé)				
Trouble obsessionnel-compulsif				
Trouble de la personnalité en constitution				

Trouble du spectre de l'autisme				
Trouble des apprentissages				
Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité				
Troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites				
Trouble de la dynamique familiale				
Trouble des conduites alimentaires				
Trouble addictif				
Pas d'indication spécifiée dans la demande de relais				

4) Dans quel contexte recevez-vous les patients en première consultation de relais ?

	Jamais	Peu fréquemment	Fréquemment	Très fréquemment
Demande du pédopsychiatre				
Demande du médecin traitant				
Demande du jeune lui-même				
Demande de sa famille				
Au décours d'une hospitalisation pour décompensation de sa pathologie				

5) Lorsque le jeune vous est adressé en relais, bénéficiez-vous d'une transmission écrite ?

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Jamais

6) Une ou plusieurs réunion(s) sont-elles organisées avec la pédopsychiatrie pour les patients nécessitant un relais ?

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Jamais

7) Lors des relais de la pédopsychiatrie, une période conjointe de soins* est organisée :

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Jamais

*définition d'une période conjointe de soins : période où s'alternent temps de prise en charge avec la pédopsychiatrie et avec la psychiatrie adulte, avec éventuellement à des consultations communes avec pédopsychiatre et psychiatre.

8) Lorsque cette période conjointe de soins a lieu, à combien s'élève le nombre de consultations qui y sont dédiées ?

- 1 consultation
- Entre 1 et 3 consultations
- Entre 3 et 6 consultations
- Plus de 6 consultations
- Non applicable

9) Parmi les patients qui vous ont été adressés en relais, quelle proportion suivez-vous encore à 3 mois du dernier rendez-vous avec le pédopsychiatre ?

- Nulle
- Faible
- Moyenne
- Importante

10) Quelle(s) explication(s) pourrait/aient être donnée(s) pour les patients que vous ne suivez plus, après un relais de la pédopsychiatrie ?

	Jamais	Peu fréquemment	Fréquemment	Très fréquemment
Le patient ne nécessite plus de suivi				
Le patient a été redirigé vers une autre structure de soins				
Le patient n'a pas adhéré aux soins proposés				
Le patient ne s'est jamais présenté au rendez-vous de relais				

11) Dans votre pratique, avez-vous identifié des freins à une transition optimale des soins entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte ?

	Jamais	Peu fréquemment	Fréquemment	Très fréquemment
Limite d'âge définie par les établissements				
Manque de temps pour une planification adéquate des soins				
Difficultés de communication entre les partenaires du relais				
Manque de personnel				
Manque de formation sur les spécificités de l'adolescence / jeune adulte				
Manque de formation autour de la question du relais des soins				
Différence de priorisation des axes thérapeutiques entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte				
Crainte/réticence du patient concernant le changement de médecin				
Difficulté d'identification d'une structure de relais				
Pas de frein identifié				

12) Avez-vous identifié d'autres freins ou voulez-vous préciser un/des item(s) de la question précédente ?

13) Etes-vous satisfait des relais de soins effectués au cours de votre exercice ?

-Tout à fait satisfait

-Satisfait

-Peu satisfait

-Pas du tout satisfait

-Ne se prononce pas

Vers l'amélioration des pratiques

1) A quel moment pensez-vous que ce relais devrait s'envisager ?

- 15 ans
- 16 ans
- 17 ans
- 18 ans

2) A quel moment pensez-vous que ce relais devrait être terminé ?

- 15 ans
- 16 ans
- 17 ans
- 18 ans
- 19 ans
- 20 ans
- 21 ans

3) Seriez-vous favorable à la mise en place d'un protocole pour faciliter la transition entre pédopsychiatrie et psychiatrie de l'adulte ?

- Oui
- Non

4) De quelle manière préféreriez-vous que se déroule la prise de contact avec l'équipe de pédopsychiatrie afin qu'un relais se mette en place ? (seules 2 réponses possibles)

- Téléphone
- Mail
- Courrier papier
- Réunion d'équipe

5) Quelles informations aimeriez-vous prioritairement retrouver sur la demande de relais ? (seules 4 réponses possibles)

- Motif du relais
- Diagnostic
- Examens complémentaires réalisés
- Historique des traitements
- Modalités de la prise en charge actuelle (fréquence, intervenants...)

- Dynamique familiale
- Situation sociale
- Projets effectués (en termes de scolarité, d'insertion socio-professionnelle, de travail avec la famille)
- Projets effectués (en termes de thérapie médicamenteuse)
- Projets envisagés (en termes de scolarité, d'insertion socio-professionnelle, de travail avec la famille)
- Projet envisagés (en termes de thérapie médicamenteuse)

6) Pensez-vous que des réunions interservices (avec la pédopsychiatrie) doivent avoir lieu ?

- Oui
- Non

6') Si oui, doivent-elles inclure la présence du patient ?

- Oui (toutes)
- Oui (certaines)
- Non
- Non applicable

7) Une période conjointe de soins vous paraît-elle utile ?

- Oui
- Non

7') Si oui, combien de consultations devraient y être dédiées selon vous ?

- 1 consultation
- Entre 1 et 3 consultations
- Entre 3 et 6 consultations
- Plus de 6 consultations
- Non applicable

8) Pour votre pratique, trouveriez-vous utile d'adresser des éléments de suivi à la pédopsychiatrie, après que le relais des soins ait eu lieu ?

- Oui
- Non

9) Si oui, à quel moment après le relais ?

- 3 mois
- 6 mois

- 12 mois
- 24 mois
- Non applicable

10) Avez-vous des suggestions pour favoriser la transition pédopsychiatrie/psychiatrie adulte ?

...

Si vous souhaitez un retour de ce travail en vue de l'amélioration des pratiques, renseignez votre adresse mail ici :

2. Avis du Comité d'Éthique



**Comité d'Éthique
CHU d'Angers**

COMITE D'ETHIQUE

comite-ethique@chu-angers.fr

Angers, Le 6 avril 2022

Présidente :
Aurore Armand

Edith LE BRAS
Dr Camille REBILLARD
Dr Laure TOCANIER

Vice-Présidente :
Astrid Darsonval

Membres du Comité d'Éthique
restreint :
Alexis D'Escatha
Dominique Frisque
Carole Haubertin
Christelle Ledroit
Pascale May-Panloup
Clotilde Rouge-Maillart

Cher(e)s Collègues,

Le Comité d'Éthique du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers a examiné en séance le 5 avril 2022 votre étude « *Transition de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte: vers une amélioration de la prise en charge des adolescents et des jeunes adultes* », enregistrée sous le numéro **2022-060**.

Après examen des documents transmis, audition des rapports et discussion, votre projet ne soulève pas d'interrogation éthique.

Il est à noter que cet avis ne dispense toutefois pas le ou les porteurs du projet de s'acquiescer des obligations réglementaires dans le cadre de cette recherche.

Je vous prie de croire, Cher(e)s Collègues, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Pour le comité d'éthique
Dr Aurore ARMAND
Présidente du Comité d'éthique

Membres du Comité d'Éthique :
Anne Barrio
William Bellanger
Anne-Bérengère Beucher
Florence Cailleaud
Mathilde Charpentier
Emmanuelle Courtillie
Elise Da Mota
Jacques Delatouche
Charlotte Dupré
Pascale Dupuis
Michèle Favreau
Emilie Furon-Maltaverne
Catherine Guillaumet
Thierry Jeanfaivre
Hélène Joseph-Henri-Fargue
Jean-Luc Kazakevicius
Marie Kempf
Annette Larode
Dorothee Laurent
Dewi Le Gal
Agnès Marot
Jean-Marc Mouillie
Elise Munnia
Marie Pierre Ombredane
Pétronella Rachieru
Stéphanie Rouleau
Pascale Savin
Céline Schnebelen

Transition des soins de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte : vers une amélioration de la prise en charge des adolescents et des jeunes adultes

RÉSUMÉ

Introduction : Les adolescents et les jeunes adultes sont une population très à risque de troubles psychiatriques. Cette population se situe à la frontière entre soins pédopsychiatriques et soins psychiatriques. Au moment où ils en auraient le plus besoin, ces jeunes se heurtent à une barrière et expérimentent la fracture entre les deux systèmes de soins. La littérature actuelle manque de preuves solides pour élaborer des recommandations claires et harmonisées dans le domaine. Il importe de s'intéresser aux pratiques actuellement en vigueur dans la subdivision d'Angers afin d'appréhender les manques et les besoins pour in fine, proposer des perspectives d'amélioration.

Méthodes : Notre travail est une étude épidémiologique descriptive quantitative. Il s'agit d'une enquête des pratiques. La population cible regroupe les pédopsychiatres et les psychiatres exerçant des départements du Maine-et-Loire, de la Sarthe, et de la Mayenne, qu'ils soient libéraux ou salariés. Le recueil des données a été effectué grâce à un questionnaire anonyme envoyé par mail. Les données ont été analysées grâce au test exact de Fisher.

Résultats : Nous avons obtenu 53 réponses qui ont permis de réaliser un état des lieux des pratiques concernant la transition des soins de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte dans la subdivision d'Angers. Les données indiquent que plusieurs paramètres sont identifiés par les professionnels comme des freins à une bonne transition des soins. L'utilisation des critères pour une transition optimale tels qu'identifiés dans la littérature s'est montrée modérée dans la pratique actuelle des praticiens interrogés. Leur avis concernant les freins et les modalités d'amélioration n'a pas montré de différence statistiquement significative après comparaison entre pédopsychiatres et psychiatres.

Conclusion : La transition des soins de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte constitue un enjeu majeur de santé publique. Les praticiens de notre étude ont montré un réel intérêt pour le sujet. Il existe une nette volonté d'amélioration des pratiques, par davantage de collaboration et de communication. Cela se ressent à travers l'élaboration de dispositifs pour améliorer cette transition, notamment à Laval, au Mans et à Angers.

Mots-clés : Adolescents, jeunes adultes, transition des soins, santé mentale, pédopsychiatrie, psychiatrie

Transition from child to adult mental health services : towards improving young adults and adolescents' care

ABSTRACT

Introduction : Adolescents and young adults are a population at high risk of psychiatric disorders. This population is situated at the boundary between child and adult psychiatric care. When they need it the most, these young people come up against a barrier and experience the split between two healthcare systems. The current literature lacks strong evidence to develop clear and harmonized recommendations. An interest must be focused on current practices in Angers subdivision to understand shortcomings and needs, in order to propose improvement.

Methods : Our work is a quantitative descriptive epidemiological study. This is a practice survey. The target population includes child psychiatrists and adult psychiatrists practicing in Maine-et-Loire, Sarthe, and Mayenne departments. They are self-employed or salaried. The data collection was carried out through an anonymous questionnaire sent by email. The data were analyzed with Fisher's non parametric test.

Results : We obtained 53 responses. They made it possible to carry out an inventory of practices concerning transition of care from child psychiatry to adult psychiatry, in Angers' subdivision. Several parameters have been identified by professionals as obstacles to good transition of care. The use of criteria for an optimal transition as identified in the literature is moderate in the current practice of practitioners. Their opinion concerning brakes and methods of improvement did not show statistically significant difference between child psychiatrists and adult psychiatrists.

Conclusion : The transition of care from child psychiatry to adult psychiatry is a major public health issue. The interest for this work was high in the practitioners' opinion. There is a clear desire to improve practices, through more collaboration and communication, as shown by the recent development of systems to improve transition, particularly in Laval, Le Mans and Angers.

Keywords : Adolescents, young adults, transition of care, mental health system, child psychiatry, psychiatry