



**UNIVERSITE DE LILLE**

**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

**Année :2024**

**MEMOIRE DE FIN D'ETUDES POUR LE DIPLOME D'ÉTAT D'INFIRMIÈRE EN  
PRATIQUE AVANCÉE**

**MENTION : Psychiatrie et Santé Mentale**

**La transition des soins de la pédopsychiatrie à la psychiatrie  
adulte**

**Présenté et soutenu publiquement le 24 juin 2024 à 14h00 à Lille**

**Au Pôle Formation**

**Par Marion VOISIN**

**MEMBRES DU JURY :**

**Personnel sous statut enseignant et hospitalier, Président :**

**Monsieur le Professeur Éric WIEL**

**Enseignant Infirmier :**

**Madame Léone DE OLIVEIRA**

**Directeur de mémoire :**

**Monsieur le Docteur Julian BÉTREMIEUX**

**Le 24/06/2024**

**Département facultaire de médecine Henri Warembourg  
Avenue Eugène Avinée  
59120 LOOS**

# REMERCIEMENTS

## **Aux membres du jury,**

Au président du jury, **Monsieur le Professeur Éric Wiel,**

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail. Soyez assuré, Monsieur le Professeur Wiel, de mon profond respect.

A **Madame Léone De Oliveira,** enseignante infirmière,

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger mon travail. Je vous remercie également pour votre détermination à faire évoluer notre profession et pour la qualité de vos interventions passionnées menant au Diplôme d'Etat d'Infirmière en Pratique Avancée. Il y a quelques années, lors de mon oral dans le cadre du Diplôme Universitaire « Santé mentale et handicap psychique », vous m'aviez dit que la formation d'infirmière en pratique avancée allait représenter une « suite logique » à ma conclusion et me permettre de répondre à mes projections futures. A ce jour, il est symbolique pour moi de vous présenter mon travail de fin d'études.

A mon Directeur de mémoire, **le Docteur Julian Bétremieux,**

Je te remercie d'avoir accepté de me guider tout au long de la réalisation ce travail, pour ta disponibilité et ta bienveillance. Ta rigueur et ton expertise m'ont permis de stimuler ma réflexion et de sortir de ma zone de confort. Tes projets et tes questionnements professionnels ont contribué à des réflexions personnelles quant à ma projection en tant que future infirmière en pratique avancée. En effet, le développement de la recherche en sciences infirmières est en partie un des projets que j'aimerais déployer davantage au sein de notre établissement.

**A l'ensemble de l'équipe pédagogique,**

Pour leur engagement au sein de la formation et pour leurs enseignements transmis avec passion.

**Au secrétariat pédagogique des études paramédicales,**

Je remercie **Madame Marie-Eve Godeffroy,** pour son soutien, ses encouragements, sa disponibilité, la gestion de l'organisation des études, et son éternelle bienveillance.

**Aux collègues Infirmiers Etudiants en Pratique Avancée,**

Je souhaite également remercier mes collègues de promotion, pour la richesse des partages d'expériences, l'entraide, le soutien apporté tout au long de ces deux années si intenses.

**Aux professionnels du CMP pour adolescents de Wasquehal,**

Je souhaite remercier le **Docteur Hennocque, cheffe de pôle, Monsieur Samuel Venel,** cadre supérieur de santé, et **Madame Laurie Bacquet** faisant fonction cadre de santé, d'avoir accepté de m'accueillir en stage. Je remercie toute l'équipe, à qui j'adresse un grand sentiment de reconnaissance, pour votre accueil, votre approche et votre humilité qui m'ont permis de nourrir davantage mon futur exercice professionnel. Je tiens à remercier particulièrement l'équipe infirmière, pour son accueil, son soutien et ses encouragements tout au long de cette année tumultueuse.

## **A la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale**

Je souhaite remercier le **Docteur Camille Vincent**, le **Docteur Claire- Lise Charrel**, **Monsieur Stéphane Duhem**, **Madame Delphine Pastureau** pour leur accompagnement tout au long de cette recherche. Je vous remercie pour votre disponibilité, votre réactivité, vos conseils, et votre regard expérimenté. Votre approche m'a permis d'intégrer avec sérénité les différentes étapes de la recherche quantitative. Sans vous, rien n'aurait été possible.

## **A la Direction des Soins,**

Je tiens à remercier **Monsieur Cédric Bachellez**, **Directeur des soins de l'EPSMAL**, sans qui ce parcours tant attendu n'aurait certainement pas pu exister.

## **Au DIRM de l'EPSMAL,**

Je tiens également à remercier le **Docteur Brenek Sixtine**, pour sa disponibilité, sa patience, sa réactivité et son objectivité dans le cadre de la réalisation de cette étude.

## **Aux professionnels du secteur de psychiatrie adulte du 59G12,**

Je souhaite remercier le **Docteur Stéphane Pot**, **Psychiatre et Chef de Pôle du secteur 59G12**, de m'avoir accordé votre confiance et de m'avoir encouragée durant toutes ces années à me former davantage. Je vous remercie également pour votre disponibilité et pour le déploiement de projets que je qualifie de « visionnaires » dans lesquels je me projette toujours. Votre expertise clinique et vos astuces personnelles m'ont permis d'accroître mes connaissances et l'intérêt que je porte aux évaluations cliniques des patients.

Je souhaite également remercier **Monsieur Grégory Savaete**, cadre supérieur de santé du secteur 59G12, pour sa confiance donnée durant toutes ces années et lors de mon souhait de m'engager dans cette formation.

Je remercie **Monsieur Pierre-Yves Delvinquière**, cadre de santé du CMP du secteur 59G12 pour votre soutien et vos encouragements tout au long de ce parcours. Votre rigueur et la transmission de votre appétence pour les travaux d'écriture entre autres m'ont permis d'appréhender différemment la rédaction de mes écrits durant ces deux années passées.

Je te remercie énormément ma collègue IPA **Elanore**, pour ton soutien, ta patience, ton aide si précieuse et pour ton éternel optimisme !

## **A ma famille,**

A mon conjoint, **Mickaël**, sans qui rien n'aurait été possible, pour ton soutien et ton amour indéfectible durant ces deux années d'études, je ne te remercierai jamais assez ! Je tenais à te remercier pour ton écoute, ta réassurance, tes encouragements lors de mes périodes de doute, et tout simplement de croire en moi ! Toi qui me réponds « on forme une équipe ! » lorsque je te remercie de me faciliter le quotidien en parallèle de mes études.

A mon fils, **Sacha**, qui a fait preuve d'une grande compréhension, en respectant le temps et l'espace dont j'avais besoin pour étudier, sans jamais remettre en cause l'intérêt de mes études. Merci pour tes petits mots d'encouragements laissés le matin à côté de mon ordinateur.

A **ma maman**, merci de me soutenir et de croire en moi dans chacun de mes projets, merci d'avoir compris le fait que l'on se verrait beaucoup moins fréquemment cette année.

# GLOSSAIRE :

AAJPJA : Association des Jeunes Psychiatres et des Jeunes Addictologues

ANMDA : Association Nationale des Maisons Des Adolescents

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CIM : Classification Internationale des Maladies, des troubles mentaux et des troubles du comportement.

CMP : Centre Médico Psychologique

CMPP : Centre Médico Psycho Pédagogique

DIM : Département d'Information Médicale

DIP : Dispositif d'Intervention Précoce

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EPSMAL : Etablissement Public de Santé Mentale de l'Agglomération Lilloise

F2RSM psy : Fédération de Recherche en Santé Mentale et psychiatrie

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital De Jour

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

MEL : Métropole Européenne de Lille

MDA : Maison Des Adolescents

NHS : National Health Service

NICE : National Institute for health and Care Excellence

PEA : Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

PTSM : Projet Territorial de Santé Mentale

RSA : Réseau Santé Adolescent

SROS : Schémas Régionaux d'Organisation des Soins

TDAH : Troubles du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

TRAM : Transition Readness and Appropriatness Measure

TROM : Transition Outcome Measure

TSA : Trouble du Spectre de l'Autisme

# SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE.....	1
Partie I : INTRODUCTION .....	2
I. La transition des soins :.....	2
1. Les freins à la transition des soins :.....	4
a) La stigmatisation :.....	4
b) L'âge et délais de prise en soins :.....	5
c) Le lien établi avec l'équipe de soins de pédopsychiatrie : .....	6
2. Des recommandations aux outils à la transition :.....	6
a) Des plateformes de transition :.....	9
b) Des réseaux de soins :.....	9
c) Des programmes de transition :.....	9
II. Adolescence.....	10
1. Les défis de l'adolescence :.....	11
2. Le développement de l'adolescent : .....	14
a) Le développement physique : .....	14
b) Le développement cognitif.....	14
c) Le développement psychologique .....	16
3. Les déterminants de santé :.....	17
4. La santé perçue des adolescents :.....	18
III. Les différentes structures de soins extra hospitalières dédiées aux adolescents dans le champ de la santé mentale : .....	19
1. La Maison Des Adolescents (MDA) : .....	19
2. Le Centre Médico Psycho Pédagogique (CMPP) : .....	20
3. Le Centre Médico Psychologique (CMP) : .....	21
IV. La démographie Haut de France : .....	21
1. Les caractéristiques démographiques du secteur :.....	21
2. Les répartitions sectorielles de la PEA et la psychiatrie de l'adulte :.....	22
V. Constat.....	23
1. Description du constat et questionnement.....	23
2. Hypothèses, objectifs de l'étude :.....	24
Partie II : METHODE .....	25
I. Type de l'étude :.....	25
II. Population étudiée .....	25
Partie III : RESULTATS .....	28

Partie IV : DISCUSSION.....	35
I. Analyse critique des résultats .....	35
1. Caractéristiques de la population : .....	35
2. Diagnostics et relais : .....	38
II. Forces et limites de l'étude :.....	44
1. Forces : .....	44
2. Limites :.....	44
III. Perspectives :.....	45
1. Un professionnel repère :.....	45
2. Un CATTP :.....	46
3. Une collaboration interprofessionnelle renforcée : .....	46
4. Des stages croisés :.....	46
5. Des co-consultations : .....	47
6. Un « aller vers » le patient :.....	47
7. Une place pour l'entourage familial :.....	48
8. La pair aideance : .....	48
9. La qualité des soins : .....	49
10. Un support supplémentaire pour le patient.....	49
11. « Déconstruire pour mieux reconstruire » : .....	50
Conclusion :.....	51

# INTRODUCTION GENERALE

Cette étude se focalise sur la transition des soins de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte. Selon l'OMS, (*Santé des adolescents*, s. d.) le nombre d'adolescents à travers le monde a atteint des niveaux de records, s'élevant à 1,2 milliard, ce qui représente environ un sixième de la population mondiale. Cette tendance à la hausse devrait se maintenir jusqu'en 2050, avec une augmentation particulièrement prononcée dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, où près de 90% des adolescents âgés de 10 à 19 ans résident.

L'adolescence est une phase cruciale du développement humain durant laquelle l'individu traverse une série de modifications physiques, cognitives et psychologiques. Cette période de transition entre l'enfance et l'âge adulte est marquée par une croissance rapide et des changements hormonaux qui influencent profondément le comportement et la perception des adolescents.

Cette phase de la vie est également marquée par des expériences éducatives et sociales qui peuvent affecter la manière dont les adolescents perçoivent le monde qui les entoure. Ainsi, il est crucial d'accompagner les adolescents au cours de cette période de transition en leur offrant un soutien émotionnel, éducatif et social en vue de soutenir leur développement et les aider à poser les fondations de leur parcours de vie.

Aussi, ces différents éléments auxquels les adolescents sont confrontés, peuvent parfois accroître leur vulnérabilité face aux troubles mentaux. Selon l'OMS, 14% des individus âgés de 10 à 19 ans sont touchés par des troubles mentaux(*Santé des adolescents*, s. d.) et dans environ 75 % des cas, les premiers signes de troubles psychiatriques se manifestent entre l'âge de 14 et 25 ans. (Theunis, 2024).

La stigmatisation sociale autour des troubles mentaux constitue un défi majeur pour les adolescents. Cette dernière peut provenir de la société, des pairs, et parfois même de la famille. Elle peut également engendrer à des obstacles quant à la recherche d'aide. La stigmatisation peut parfois entraîner une détresse émotionnelle supplémentaire pour les adolescents et entraver de manière importante l'arrivée dans les soins ou leur continuité.

La crise sanitaire à la suite de la pandémie de COVID-19 a engendré une dégradation de l'état de santé mentale de toute la population mais plus particulièrement celle des jeunes. En effet, on peut noter une augmentation des passages aux urgences concernant ces derniers dans des contextes d'idéations suicidaires, de gestes suicidaires, et d'effondrement thymique.(*Santé mentale des adolescents*, s. d.)

La transition des soins de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte représente donc un véritable enjeu de santé publique, afin d'éviter les ruptures dans le parcours de soins des jeunes adultes. Elle ne se limite donc pas au simple transfert vers les soins adultes, mais comprend une organisation des soins en amont, jusqu'à l'intégration au cœur des soins adultes.

## Partie I : INTRODUCTION

### I. La transition des soins :

#### **Définition :**

La transition des soins est un processus qui implique le transfert de la prise en charge médicale d'un individu d'un environnement de soins à un autre.

Le mot « transition » vient du latin « *transitio* » qui signifie « passage, ». Il peut comprendre : passer d'un lieu dans un autre, d'un parti à un autre, d'un sentiment, d'un sujet à un autre, passer d'un état à un autre, aller au-delà.

Alain Pourrat définit la transition des soins comme un processus intentionnel et organisé ,qui accompagne les adolescents souffrant de pathologies médicales chroniques en les aidant à passer d'un système de soins centré sur le jeune vers un système orienté sur les soins adultes.(Pourrat, 2023)

Cette étape dans le champ de la santé mentale peut représenter pour le jeune patient qui vit les bouleversements de l'adolescence, une difficulté supplémentaire : la réorganisation de leur parcours de soins. Cette période délicate peut entraîner des risques pour la continuité des soins, voire la santé globale du patient, en raison de possibles non-conformités au traitement et d'obstacles à la réalisation des projets de vie. Bien que toute transition implique un changement, tous les changements ne sont pas nécessairement le résultat d'une transition. (Baier & Ferrari, s. d.).

A ce jour, bien que la transition des soins de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte commence à susciter l'intérêt et de nombreux questionnements parmi les professionnels de santé, il existe peu de travaux de recherches réalisés en France portant spécifiquement sur ce sujet. A l'inverse, la transition des soins de la pédiatrie vers un service pour adulte pour les patients atteints de maladies chroniques ou rares est un sujet qui se déploie en France et pour lequel des outils, des projets de recherche et les réseaux se développent.

La transition des soins est une notion qui a émergé dans les années 1980 aux Etats-Unis, visant à décrire la période délicate où les patients atteints de maladies chroniques passent d'une prise en charge médicale pédiatrique à une prise en charge pour adultes. (*De patient pédiatrique à patient adulte*, s. d.)

Plusieurs modèles conceptuels fournissent des cadres théoriques pour comprendre et mettre en œuvre la continuité des soins en sciences infirmières. Par exemple, Afaf Ibrahim Meleis, chercheuse en sciences infirmières, est reconnue pour ses travaux sur la transition en général et sur les transitions au cours de la vie.

Elle décrit la transition comme un processus qui entraîne un changement dans les modèles fondamentaux de la vie. Dans ses écrits, Meleis (Meleis, s. d.) souligne l'importance des transitions de santé, notamment dans le domaine de la transition des soins de santé, où les individus passent d'un état de santé à un autre, d'un environnement de soins à un autre, ou d'une équipe de soins à une autre. Elle met en lumière les aspects physiques, émotionnels, sociaux et culturels de ces transitions, ainsi que les défis qui s'imposent aux individus et aux professionnels de santé.

Il existe quatre types de transitions sur lesquels Meleis s'appuie pour comprendre les processus de changement tout au long de la vie des individus, en mettant en avant les différents défis et stratégies d'adaptation associés à chaque type de transition. Ainsi, la transition développementale, la transition santé/maladie, la transition situationnelle, la transition organisationnelle intègrent la théorie des transitions de Meleis. (Meleis, s. d.). Les objectifs de sa théorie étant de pouvoir décrire les éléments déclencheurs autour du changement, anticiper ce qu'il va être vécu, observer les résultats cliniques et enfin proposer des conseils d'intervention.

## 1. Les freins à la transition des soins :

### a) *La stigmatisation* :

La stigmatisation de la santé mentale chez les jeunes peut représenter un réel frein autour de la demande d'aide, de l'arrivée dans les soins et même au cœur des soins, d'influencer ou non leur continuité. En 1963, la vision de Erving Goffman a permis d'influencer la manière de percevoir la stigmatisation et de ses conséquences au cœur de la société. (Simon, 2012). Pour Goffman, le stigmate représente une caractéristique de la personne qui le discrédite aux yeux des autres. (Arboleda-Flórez & Stuart, 2012). Il repère trois types de stigmates : les stigmates d'ordre physiques, les stigmates propres au caractère individuel (incluant les troubles mentaux) et les stigmates se rapportant aux groupes sociaux ou ethniques spécifiques. (Goffman, 2009).

Plusieurs études ont été menées au sujet de la stigmatisation de la santé mentale chez les jeunes. Une revue a été réalisée (Ferrie et al., 2020) avec l'objectif de regrouper des résultats d'études qualitatives et quantitatives concernant les conséquences psychosociales de la stigmatisation liée à la maladie mentale chez les jeunes en situation de détresse psychologique et ayant accès à des services de santé mentale. Cette dernière révèle plusieurs conséquences néfastes associées à la stigmatisation chez les jeunes comme : une dégradation de la santé mentale, des sentiments de rejet social ou la crainte de devoir s'intégrer, le manque de recherche d'aide, le sentiment de honte concernant leurs difficultés respectives ou concernant l'utilisation de traitement entre autres. Cette étude met également en avant le fait que la famille et les professionnels de santé peuvent avoir un impact négatif concernant les perceptions de la maladie mentale.

Aussi, il a été démontré que d'une manière globale, les jeunes ont tendance à limiter leurs interactions avec d'autres jeunes confrontés à des difficultés dans le champ de la santé mentale, ce qui renforce leur sentiment d'appartenance au sein des groupes sociaux.

Même si le philosophe Michel Foucault n'a pas étudié spécifiquement la stigmatisation de la santé mentale chez les jeunes, ses recherches sur le fonctionnement du pouvoir, la normalisation et les institutions sociales offrent des perspectives élargies sur la manière dont la société en général perçoit et appréhende la notion de santé mentale. Foucault explore comment les normes sociales ou les structures de pouvoir influencent la perception des individus considérés comme « anormaux » ou « déviants » par rapport aux normes établies. (Halpern, 2013)

La stigmatisation prive ceux qui sont identifiés comme « malades » de leur droit à l'égalité des chances en matière d'emploi, de logement, de soins de santé, de relations sociales, jusqu'à leurs interactions avec leurs amis et leur communauté.(Corrigan, 2014)

D'une manière générale, la stigmatisation de la santé mentale chez les jeunes peut entraîner une détresse émotionnelle pouvant parfois avoir retentissement quant à leurs relations interpersonnelles, et tendre vers l'isolement social. Elle peut accroître davantage la notion de vulnérabilité des jeunes et malheureusement être parfois source de harcèlement.

#### *b) L'âge et délais de prise en soins :*

Souvent, l'âge est l'un des premiers éléments pris en considération pour justifier le passage des soins de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte.

D'après le décret 2022-1263 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de psychiatrie et selon l'article R. 6123-175.-« *L'activité de psychiatrie est exercée suivant les mentions suivantes : Mention " psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent " assurant les prises en charge de l'enfant et de l'adolescent de la naissance à l'âge de dix-huit ans* » (Décret n° 2022-1263 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de psychiatrie, 2022).

Cependant, il est souvent délicat d'organiser un relai vers les soins adultes de manière rigide lors de sa majorité car plusieurs facteurs sont à prendre en considération comme la sévérité des troubles du jeune, sa situation sociale, son étayage familial, amical et professionnel et le temps d'organisation des deux unités respectives nécessaire en vue de pouvoir coordonner les soins. Certaines unités pédiatriques dans les soins somatiques ne possèdent pas de critère d'âge strict. En effet, le transfert est conditionné par le niveau de maturité du jeune patient et est envisagé lors d'une période stable sur le plan médical, psychologique et social. (« Transition enfant-adulte », 2020)

Aussi, il n'est pas rare de voir dans certaines structures de PEA, d'orienter directement vers des structures dédiées aux adultes, des jeunes âgés de 16 ans en demande de soins, en lien avec les délais prolongés de prise en soins possibles par un pédopsychiatre. En effet, ces derniers n'étant pas nombreux, le début de prise en soins sur le plan médical est prolongé et nous pouvons imaginer que lorsque le jeune sera pris en soins sur le plan médical et l'alliance thérapeutique instaurée, il faudra alors déjà songer à organiser un relai vers les soins adultes. A ce jour, la

France compte un peu moins de 700 pédopsychiatres contre 1200 en 2009. (*Manque de moyens matériels, humains et financiers en pédopsychiatrie*, 2023). Ce manque de moyen humain contraint certaines structures de PEA à envisager de nouvelles stratégies de fonctionnement autour de l'âge de prise en soins en PEA.

*c) Le lien établi avec l'équipe de soins de pédopsychiatrie :*

Une étude dédiée à repérer les obstacles à la transition des soins pédiatriques aux soins pour adultes met en avant le fait que le principal frein évoqué par les jeunes est l'anticipation anxieuse concernant la rupture de lien avec leur thérapeute. (Gray et al., 2018). En effet, ce contexte peut induire de l'anxiété, et représenter pour le jeune adulte en devenir la fin d'une période importante de sa vie. Le lien de confiance qui s'est instauré progressivement et parfois avec fragilité doit s'interrompre pour laisser place à un nouveau professionnel.

2. Des recommandations aux outils à la transition :

On peut retrouver dans le plan de la Haute Autorité de Santé (HAS), dans la rubrique « *psychiatrie et santé mentale 2018-2023* », un item dédié à la transition de soins vers les soins adulte. Il appuie sur la nécessité « *d'améliorer la continuité de la prise en charge entre services de pédopsychiatrie et services de psychiatrie adulte* ». (*Programme « psychiatrie et santé mentale » de la HAS*, s. d.).

Dans le contexte d'application de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) a défini six priorités dans le décret du 27 juillet 2017 : parmi elles, l'une est axée sur « *l'organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture* ». Cette dernière stipule : « *Art. R. 3224-6.-I.-Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale.* » (Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale, 2017). Ce décret met l'accent sur une organisation nécessaire du parcours de santé, sans interruption.

Le projet européen Milestone (Singh et al., 2017) révèle que 17 pays sur les 28 pays européens inclus dans l'étude ne possédaient pas de dispositif dédié à préparation de la transition des soins. Seuls le Danemark et le Royaume Uni suivaient des recommandations nationales concernant la transition des usagers, et 8 pays tenaient une organisation spécifique en psychiatrie adulte concernant l'accueil des usagers venant de PEA. (Ouakil, s. d.). Cette étude a permis de concevoir deux outils comme le « TRAM » (Transition Readiness and Appropriateness Measure), qui permet ainsi d'identifier les jeunes pour lesquels la transition vers la psychiatrie adulte est nécessaire et appropriée. Puis, dans le souci d'une évaluation post transition, l'outil « TROM », (TRansition Outcome Measure) qui évalue la qualité de la transition effectuée et les changements constatés chez ces jeunes au cours de cette période.(Sgambato, 2015).

A ce jour, il existe peu de données probantes en faveur d'une seule intervention efficace pour soutenir la transition des jeunes souffrant d'une maladie ou d'une incapacité chronique, ou ceux confrontés à des difficultés multiples, telles que les conditions physiques et mentales (Toulany et al., 2022).

Cependant, plusieurs instituts dont le NICE (National Institute for Health and Care Excellence) ont rédigé des recommandations en vue de préparer et d'apporter des outils aux équipes lors de cette étape de transition des soins. Parmi ces recommandations, on peut retrouver :

- Assigner un travailleur de transition dédié dont le rôle est défini plutôt que son titre. Cette personne doit être impliquée dans les soins du jeune.
- Collaborer avec le jeune pour élaborer un plan de transition détaillé, décrivant les soins qui lui seront apportés et par qui.
- Etablir un dossier personnel, détenu par le jeune lui-même, qui documente ses préférences, ses besoins en matière de soins et son historique.
- Fournir un accompagnement continu pendant au moins six mois avant et après le transfert des soins
- Adapter la planification de la transition des soins en fonction du stade de développement du jeune
- Prendre en compte les aspects suivants : l'éducation et l'emploi, l'inclusion communautaire, santé et bien-être, ainsi que l'autonomie. (Signorini et al., 2018)

Aussi, plusieurs échelles ont été réalisées, mais une échelle est validée en Français et permet d'identifier si le jeune est prêt dans le transfert. Il s'agit de l'échelle « Good 2 Go ». (Gerardin & Stheneur, 2021). Mise au point par l'équipe de « l'Hospital For Sick Children » de Toronto, cette dernière est un auto-questionnaire constitué de deux parties : une partie dédiée au jeune, la deuxième étant réservée à ses parents.

Un panel d'experts a pu rassembler les éléments importants à mettre en place lors d'un programme de transition. Parmi ces éléments, on peut observer les mentions suivantes :

- Assurer une coordination efficace entre les services de pédiatrie et ceux destinés aux adultes
- Initier les processus de transition dès le plus jeune âge, au moins un an avant le transfert
- Engager une discussion avec le patient et sa famille pour connaître leurs souhaits concernant la transition
- Prendre en considération l'opinion du patient sur le calendrier de la transition, s'il est capable de participer
- Si possible avoir un moment seul avec le patient lors des consultations
- Désigner un professionnel responsable de la transition
- Fournir un résumé médical, y compris des informations psychosociales au patient et au médecin des soins adultes avant la transition
- Elaborer un plan de transition partagé avec le patient, sa famille et le médecin des soins adultes
- Planifier au moins une visite avec le médecin des soins adultes après la transition
- S'assurer que les services pédiatriques et adultes aient les compétences requises concernant les particularités de l'adolescent
- Impliquer les parents dans le processus de transition des soins
- Informer le médecin traitant sur le processus de transition envisagé
- Mettre en place les ressources nécessaires pour retrouver le patient en cas de perte de contact
- Discuter avec le patient et sa famille des différences de prises en soins entre les deux unités
- Aborder avec le patient les comportements à risque et leurs impacts sur la santé (Suris & Akre, 2015)

### *a) Des plateformes de transition :*

Dans la continuité des recommandations établies, certains établissements de santé s'en sont inspirés pour mettre en place des plateformes de transition spécialement dédiées à la prise en charge des adolescents souffrant de pathologies chroniques nécessitant une transition vers les soins pour adultes. Ces dernières proposent un accompagnement continu et personnalisé au cours de cette période, avec une équipe multidisciplinaire de professionnels de la santé formés à la prise en charge des jeunes patients. Les missions principales des équipes sont axées vers les jeunes en incluant leur famille, permettant d'optimiser ainsi le partage d'informations et de ressources. Aussi, ce support s'élargit pour ces patients concernés dans le domaine des besoins de santé généraux communs à tous les jeunes dans le but d'améliorer leur qualité de vie et d'améliorer leur état de santé global par le biais d'ateliers proposés, dans la continuité de l'éducation thérapeutique. (Mellerio et al., 2021) .

### *b) Des réseaux de soins :*

Nombreux sont les jeunes rencontrant des difficultés à accéder aux soins et également à rester en lien avec les services auxquels ils ont accédé.(Tylee et al., 2007). Les approches en réseau pour les jeunes tendent à se déployer tant concernant la prise en soins de jeunes atteints de pathologies chroniques (*RéPPOP Bourgogne Franche Comté*, s. d.) mais également dans le champ de la santé mentale et plus particulièrement autour des jeunes suicidants(Giraud et al., 2013). Le réseau de soins réunit des professionnels travaillant avec les jeunes en vue de pouvoir surmonter les obstacles à leurs accès aux soins, tout en améliorant la qualité des services qui leur sont proposés. (Narring et al., 2008). Les différents réseaux proposés reposent sur des principes communs : la notion de confidentialité, de respect des choix du jeune et impliquent systématiquement l'entourage du jeune au cœur de la prise en soins. L'articulation des différents partenaires permet une approche biopsychosociale autour de la santé du jeune et contribue ainsi à fluidifier le parcours de vie et de soins du jeune patient.

### *c) Des programmes de transition :*

Certaines unités en France prenant en soins des jeunes patients souffrant de pathologies chroniques, ont réalisé un programme de transition permettant d'accompagner le patient dans son parcours de transition des soins vers l'adulte. Tous se rejoignent avec une période de transition se fractionnant en trois temps : une phase de préparation, une phase de transition, et une phase d'engagement dans les soins des services adultes. La première phase se déroule en

général un an avant la période de transition. Elle comprend pour tous un programme d'ETP adapté aux jeunes. En effet, la connaissance de la pathologie, de ses probables complications, des risques en lien avec la mauvaise observance du traitement et de certaines conduites à risque doit être évoquée très régulièrement avec l'adolescent.

Certaines spécialités ont rédigé un guide pratique accompagnant le patient dans son parcours de soin. Ce support supplémentaire permet de fournir des informations sur les étapes de la transition, les ressources disponibles, les droits des patients, et les stratégies possibles en vue de favoriser une transition réussie. Un autre guide dédié au médecin permet de s'assurer qu'aucune étape ne manque.

## II. Adolescence

### **Définition**

Le terme « Adolescence » vient du latin *adolescere*, qui signifie « grandir », (M, 2014) et plus spécifiquement de son participe présent, étymologiquement « celui qui est en train de grandir ». D'une manière plus traditionnelle et générale, l'adolescence peut se traduire comme la période intermédiaire entre l'enfance et l'âge adulte.

Selon l'OMS, les adolescents sont définis comme étant âgés de 10 à 19 ans. (*Santé des adolescents*, s. d.)

Il n'y a pas d'âge limitant officiellement la fin de l'adolescence, sans se focaliser uniquement sur la fin de la puberté. Pour certains, la fin de l'adolescence est marquée par la majorité, mais de nombreux majeurs ne sont pas encore autonomes financièrement et vivent encore au domicile familial. Pour d'autres, la maturité émotionnelle représente la fin de l'adolescence mais cela reste à mon sens subjectif et difficilement quantifiable.

Les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) évoquent la notion d'adolescence à l'aide de deux tranches : les « 12-18 ans » et les « collèges et lycées ». (« 2 Définitions de l'adolescence », 2016)

Selon l'historienne Agnès Thiercé, le concept d'adolescence a été forgé au XIXe siècle, période durant laquelle les catholiques et laïcs convergeaient autour de l'encadrement de cette tranche d'âge. (*Histoire de l'adolescence* | Belin éditeur, s. d.) Cette époque a vu l'émergence de

travaux médicaux portant sur la puberté, tandis que le protagoniste « Emile » de Rousseau a marqué un changement significatif quant à la perception de l'adolescence. (Rousseau, s. d.)

Aussi, certains facteurs politiques ont joué un rôle majeur. En effet, depuis la Révolution de 1789 ainsi que les bouleversements tout au long du XIXe siècle, les jeunes ont régulièrement pris part aux diverses manifestations politiques. L'adolescence a ainsi été associée à une classe d'âge potentiellement tumultueuse et considérée comme dangereuse sur le plan politique. (« L'Adolescence », s. d.)

### 1. Les défis de l'adolescence :

Au cours de cette période de transition complexe, l'adolescent est confronté à de nombreux défis en se préparant à l'âge adulte.

David Elkind, psychologue, professeur d'université américain et spécialiste en psychologie du développement, explore plusieurs idées principales concernant les défis et les dilemmes auxquels sont confrontés les adolescents au cœur de la société moderne. En effet, Elkind identifie comme principaux défis la notion de crise identitaire, les pressions sociales, la désorientation culturelle, la relation parents-adolescents, la quête de sens. (Elkind, 1984)

Les adolescents tentent de se détacher de leur dépendance envers leurs parents visant à acquérir une autonomie. Cette dernière leur permet de tester de nouveaux modèles de vie et de pouvoir ainsi repérer leurs limites. C'est une perception positive de soi, vers laquelle l'adolescent tente de s'orienter. L'autonomie implique une participation active à la construction de son futur, tout en prenant en compte son environnement. (Ramos, 2011)

De plus, la pression sociale et l'influence des pairs représentent des défis importants à relever lors de cette période délicate. En effet, le développement social permet de contribuer au déploiement des compétences sociales, notamment grâce à la relation avec les pairs qui offre une opportunité de socialisation, d'apprentissage et de quête identitaire. L'adolescent se familiarise avec la gestion des interactions et à la gestion de conflits. (Cannard, 2019).

Selon la théorie de Judith Harris, psychologue américaine, l'influence des pairs représente à 40 % une des trois origines parmi les déterminants pouvant influencer la construction identitaire avec la génétique (50%) et la famille (10%). (Pierard, 2018).

L'adolescence est considérée comme une période à risque concernant l'usage de substances. Au cours de cette période, la plupart des adolescents sont initiés à la consommation de substances psychoactives légales telles que le tabac, l'alcool, ainsi qu'à certaines substances illicites comme le cannabis. Seulement 66% des adolescents de 17 ans n'ont jamais essayé aucune des trois substances.(Rivière, 2014)

La consommation de substances peut aller de l'expérimentation jusqu'aux troubles liés à l'usage de substances. Jessor développe le concept de normalisation sociale et suggère que certains comportements à risque comme la consommation de substances, peuvent être considérés comme normaux ou acceptables dans certains contextes sociaux, ce qui augmente la probabilité que les adolescents adoptent ces comportements.(Jessor, 1998).

Une revue de littérature (Wendland et al., 2017) regroupant plusieurs types d'études révèle l'existence d'un lien entre la maltraitance vécue durant l'enfance et l'adolescence et la majoration de consommation de substances licites et illicites au début de l'âge adulte. La consommation de substances peut parfois engendrer un épisode psychotique bref et restant unique pouvant également entraîner une psychose.

Les avis concernant les conséquences du développement chez les adolescents liés à la technologie et aux réseaux sociaux varient selon les auteurs. Pour certains, les réseaux sociaux représentent la particularité de donner l'opportunité d'interactions sociales de manière continue. (Nesi et al., 2018), pour d'autres ils peuvent possiblement exercer une influence sur le développement identitaire des jeunes(Balleys, 2017).

Les médias sociaux peuvent également être source de cyberharcèlement, pouvant influencer davantage négativement la santé mentale des adolescents, contribuant ainsi à son maintien ou à sa détérioration.(de Marneffe & Lambotte, 2023). Une étude (Royant-Parola et al., 2018) fait un lien entre l'utilisation des médias dans la chambre chez les jeunes et des répercussions néfastes sur le sommeil, la thymie, un ralentissement du fonctionnement diurne et la présence d'irritabilité.

Enfin, d'après une étude comparative concernant les caractéristiques des internautes ayant fait l'usage d'internet avec un questionnement autour de la santé, la tranche d'âge des 15-30 ans

se démarque des plus âgés avec un intérêt spécifique pour les sujets de santé liés à la parentalité et aux comportements de santé.(Beck et al., 2013).

La pression scolaire peut représenter un défi supplémentaire pour l'adolescent. En effet, plusieurs recherches ont pu souligner l'impact du stress perçu sur la santé mentale des adolescents, avec la possibilité d'engendrer dans certaines situations : un burn-out. Cet état de fléchissement thymique peut parfois amener le jeune à avoir des idées suicidaires. (Walburg et al., 2014).

D'après une étude menée auprès de lycéens, (Zakari et al., 2008), la pression perçue émane en majorité des enseignants. Aussi, l'étude démontre que les filles sont les plus vulnérables à subir cette pression scolaire.

La sexualité des adolescents est source de nombreuses préoccupations pour les parents, les professionnels et la société dans sa globalité. Au cœur de cette dernière, la priorité est plutôt dédiée aux études, à l'avenir professionnel, ce qui établit de manière insidieuse des âges considérés comme acceptables pour vivre sa première expérience sexuelle. (Brival, 2013). Une étude longitudinale a mis en lumière le fait que la précocité sexuelle est un indicateur prédictif de santé mentale chez les adolescent en y observant des répercussions d'ordre psychosociales négatives.(Bingham & Crockett, 1996).

L'éducation nationale a instauré une loi qui impose des séquences d'éducation sexuelle au collège, à raison de trois fois par an (d'après *l'article L. 312-16 du code de l'Education Nationale*).(Article L312-16 - Code de l'éducation - Légifrance, s. d.). Les sujets abordés sont principalement basés sur de la prévention et de réduction des risques comme les infections sexuellement transmissibles, les moyens de contraception, entre autres.

Cependant, il est parfois difficile d'évoquer ce sujet de manière décomplexée devant l'équipe pédagogique ou ses pairs. Pourtant, la thématique de la sexualité représente 50% des questions abordées par les adolescents sur « Fil Santé jeune ». (Bacquerie, 2014). Les jeunes semblent se sentir plus à l'aise pour évoquer ce sujet de manière anonyme.

Aussi, les premières ruptures sentimentales représentent un véritable bouleversement dans la vie d'un adolescent. En effet, la diminution voire la perte de l'estime de soi, la perte de l'être idéalisé et aimé, peuvent avoir un impact majeur sur la santé mentale des jeunes.(Fauré, 2017).

## 2. Le développement de l'adolescent :

### a) *Le développement physique :*

La classification de Tanner, également connue sous le nom de score ou échelle de maturité de Tanner (*Échelle de maturité de Tanner*, 2015) permet d'évaluer le stade de développement physiologique pendant la puberté.

Cette dernière prend en compte : le développement des poils pubiens, le développement mammaire chez les filles, le développement des organes génitaux chez les garçons.

L'échelle de Tanner inclut également l'observation de la menstruation chez les filles, tandis que le volume testiculaire peut être mesuré à l'aide de l'orchidomètre de Prader (Piccand, 2015)chez les garçons. On peut retrouver dans les échelles modernes le développement des organes génitaux chez les filles.

D'une manière générale, cette période pubertaire est marquée chez les filles par le développement des seins, une apparition de la pilosité, l'apparition des menstruations, une majoration de la croissance qui se traduit par une augmentation du poids et de la taille.

Enfin, l'augmentation de la taille du pénis et des testicules, l'apparition de la pilosité, une majoration de la croissance marquée par une augmentation de la taille et du poids, le développement de la masse musculaire, l'apparition des premières éjaculations, et le changement de voix caractérisent le développement physiologique des garçons.

### b) *Le développement cognitif*

L'adolescence est une période durant laquelle la pensée, la logique et la capacité à résoudre les problèmes subissent des changements complexes dans le développement cognitif.

Les modalités du raisonnement formel, connu sous le nom de raisonnement hypothético-déductif spécifique à l'adolescent, ont été définies pour la première fois de manière très précise par Piaget et Inhelder. (Inhelder & Piaget, 1955).Cependant, la pensée opératoire formelle permettant à l'adolescent de réaliser et de déduire des conséquences logiques, de résoudre des

problèmes complexes décrite par Piaget est nuancée par d'autres chercheurs, car le développement cognitif relève de multiples variations individuelles.

Lev Vygotsky, psychologue et théoricien du développement, propose une vision plus élargie contrairement à celle de Piaget via sa théorie socioculturelle du développement cognitif. En effet, dans son œuvre « *Pensée et langage* » ;Vygotsky a examiné le développement des processus mentaux chez les individus en soulignant l'influence cruciale des interactions sociales et du contexte culturel sur ce développement (Rochex, 2017). Aussi, d'après Vygotsky, les enfants et adolescents acquièrent activement des connaissances grâce à leurs interactions avec des individus plus compétents, comme leurs pairs ou des adultes, dans ce qu'il a nommé « la zone de développement proximal » (Le Ny, 1986).

Le cerveau de l'adolescent est en cours de développement, avec une attention particulière portée sur le cortex préfrontal, qui est un site clé de maturation associé aux fonctions exécutives. Ces dernières jouent un rôle crucial quant à la régulation des problèmes émotionnels et motivationnels.(Holzer et al., 2011).

La maturation cérébrale implique également une perte de matière grise à partir de la puberté à des moments différents selon les structures cérébrales. Cette diminution de matière grise correspond à une élimination synaptique significative, représentée par une perte d'environ 30 000 synapses par secondes. Ce déclin synaptique est lié à une diminution du nombre de neurones.(Paillère Martinot, 2009)

L'adolescence est une période au cours de laquelle le cerveau est extrêmement malléable et réactif à l'influence de l'environnement. (Tissier, 2017). D'après une étude menée par Giedd, (Giedd, s. d.)au cours de l'adolescence, le volume de matière blanche dans le cerveau augmente. Aussi, il existe une connectivité accrue dans les régions cérébrales tout au long de l'adolescence et même à l'âge adulte. Enfin, les résultats de l'imagerie par IRM fonctionnelle de l'étude de Hare (Hare et al., 2008), ont révélé une réactivité accrue de l'amygdale chez les adolescents en comparaison avec les enfants et les adultes. Cette étude est basée sur la réalisation de tâches de type « go-no go » en utilisant des expressions faciales imagées représentant des expressions faciales de peur, de bonheur et de calme comme « cibles et non-cibles ».

### *c) Le développement psychologique*

La gestion émotionnelle revêt une importance capitale dans le développement psychologique des adolescents, influant significativement sur leur bien être mental global. Les compétences acquises en ce domaine sont cruciales pour leur équilibre émotionnel à l'âge adulte.

Steinberg, spécialiste de la psychologie de l'adolescence, a examiné les aspects développementaux de la régulation émotionnelle pendant cette phase de la vie. Ses recherches mettent en lumière la manière dont les compétences de régulation émotionnelle évoluent tout au long de l'adolescence. (Steinberg, 2014)

La notion d'attachement constitue également un aspect complexe de la croissance émotionnelle des adolescents. Il prend racine dans les interactions précoces de l'enfant avec ses parents et est façonné par les expériences liées à ce concept vécues tout au long de la vie ainsi que par divers facteurs contextuels qui atténuent les impacts des expériences antérieures. (Atger et al., s. d.)

Il existe plusieurs types d'attachement : l'attachement sécure est le plus représenté au sein de la population. Il favorise l'expression des émotions et la demande d'aide auprès des figures d'attachement seulement en cas de danger. Il a pour caractéristique d'améliorer l'estime de soi. L'attachement évitant, est caractérisé par le fait d'adopter un comportement et de ne jamais considérer une situation comme potentiellement dangereuse, et comme n'ayant jamais besoin de réconfort. Les émotions sont refoulées et une sérénité transparait. (Habets, 2014)

Dans le cadre de l'attachement ambivalent, l'adolescent perçoit les changements comme des risques de rupture. Le désir d'être soutenu entre en conflit avec les autres défis de l'adolescence. Dans ce contexte, le jeune ressent des obstacles à délaisser son enfance. (Delage, 2008)

Quant à l'attachement désorganisé, il émerge lorsque les enfants grandissent dans un environnement chaotique et instable, souvent en raison de l'incapacité d'un parent à répondre de manière adaptée à la détresse de l'enfant. D'après Main et Solomon, la catégorisation de l'attachement désorganisé est identifiée comme un indicateur prédictif de la santé mentale chez les nourrissons. (Main & Solomon, 1990). L'attachement désorganisé engendre chez l'adolescent des stratégies peu structurées pour garantir la disponibilité de parents souvent peu prévisibles.

Une étude a été menée au CHU de Besançon (*Une étude pour mieux comprendre comment les adolescents régulent leurs émotions*, s. d.) comprenant 81 collégiens et lycéens. Cette dernière avait pour objectif d'identifier les stratégies qu'un adolescent met en place pour faire face à des

émotions négatives en fonction de son style d'attachement, ainsi que de sa perception d'aide disponible. Cette approche novatrice permet une adaptation des soins pour chaque adolescent et sa famille, en prenant en compte leur style d'attachement spécifique : ainsi, les approches thérapeutiques et les temps d'interventions sont personnalisés.

### 3. Les déterminants de santé :

Pendant l'adolescence, les changements liés à la puberté et au développement cérébral entraînent l'émergence de nouveaux comportements et capacités. Cela favorise des transitions dans le domaine familial, éducatif et comportemental ainsi que dans les habitudes liées à la santé. (Viner et al., 2012)

Les déterminants de santé sont essentiels dans le domaine de la santé mentale, façonnés par une multitude de facteurs incluant les dimensions individuelles, sociales, culturelles, économiques, politiques et environnementales. (Allen et al., 2014)

La qualité des relations et interactions familiales, le soutien parental, la structure du foyer et les conditions socio-économiques peuvent considérablement influencer la santé mentale des adolescents.

Aussi, la relation avec les pairs et la pression de ces derniers, l'exposition à la violence ou aux conflits peuvent également affecter la santé mentale des adolescents.

On peut ajouter la notion de conditions de vie et de qualité de vie. En effet, les installations sanitaires adéquates, l'accès à une alimentation équilibrée, les conditions de logement entre autres, ont un retentissement quant à la santé mentales des jeunes.

De plus, les facteurs socio-économiques peuvent aussi avoir un impact et affecter la santé des adolescents en entravant leur accès aux ressources et aux soins. En effet, les inégalités de revenus, l'accès à l'emploi et le statut socio-économique représentent des éléments supplémentaires pouvant affecter leur santé mentale.

Les comportements individuels tels que la pratique d'activité physique, l'alimentation, la consommation de substances comme l'alcool, le tabac, et autres toxiques ainsi que les comportements sexuels à risque ont un lien direct sur la santé mentale des jeunes. Selon Santé

Publique France, la consommation d'alcool, demeure une cause significative de décès et de morbidité. (*Alcool*, s. d.).

Une étude (Legleye et al., 2011) s'est penchée sur l'impact du niveau socio-économique de la famille du jeune et le contexte scolaire concernant le début de la consommation de tabac et de cannabis ainsi que le passage à une consommation quotidienne au cours de l'adolescence. Cette dernière met en avant le fait que les jeunes provenant de milieux aisés ont tendance à essayer davantage des substances psychoactives telles que l'alcool, le tabac, le cannabis, mais qu'ils sont moins enclins à devenir des consommateurs réguliers. En revanche, dans les milieux défavorisés, les enfants dont les parents sont principalement des ouvriers sont plus enclins à consommer de l'alcool, mais moins susceptibles de consommer des toxiques illicites que ceux dont les parents sont inactifs.

#### 4. La santé perçue des adolescents :

D'une manière générale, 96% des jeunes âgés de 15 à 30 ans déclarent être en bonne santé. Parmi eux, la moitié estime même que leur état de santé est excellent ou très bon, représentant 47%. Cependant, ces perceptions positives diminuent avec l'âge : 59, 5 % des 15-19 ans se jugent en très bonne santé, tandis que ce chiffre diminue à 45% pour les 20-25 ans et encore moins, soit 38% pour les 26-30 ans. (Pomarède et al., 2014)

De plus, il existe des disparités significatives entre les sexes en termes de perception de la santé. En effet, les jeunes femmes ont tendance à avoir une vision plus négative de leur santé que les hommes ayant le même âge. Aussi, les femmes sont plus susceptibles de rencontrer des problèmes d'anxiété (36% contre 28 %) et de dépression (34 % contre 24%). Enfin, parmi l'ensemble des jeunes, ce sont les jeunes sans emploi qui se considèrent le plus souvent en mauvaise santé. (Pomarède et al., 2014)

Plusieurs études ont été menées au sujet de la perception de la santé mentale chez les jeunes. Par exemple, l'enquête nationale EnCLASS(*Étude « EnCLASS »*, 2024) réalisée entre 2018 et 2022 auprès de 10000 élèves en France a mis en lumière les points suivants :

- les garçons sont plus nombreux à percevoir de manière positive leur état de santé
- difficultés d'endormissement, présence d'irritabilité et état de nervosité sont les trois principales difficultés évoquées par les jeunes,

- 14% des collégiens et 15% des lycéens présentent un risque accru d'épisode dépressif caractérisé,
- un quart des lycéens ont avoué avoir eu des idées suicidaires durant l'année écoulée,
- une dégradation globale de l'état de santé mentale des jeunes et de manière plus significative chez les jeunes filles.

Les auteurs font le lien avec la pandémie Covid 19 et tout ce qu'elle a engendrée, la pression autour de la scolarité, les dangers liés aux médias sociaux et à l'utilisation d'internet, le dérèglement climatique entre autres.

### III. Les différentes structures de soins extra hospitalières dédiées aux adolescents dans le champ de la santé mentale :

#### 1. La Maison Des Adolescents (MDA) :

La première Maison Des Adolescents a été créée au Havre en 1999, marquant le début de ce concept à la fin des années 1990. En 2002, la Défenseure des Enfants a mis en lumière cette initiative dans son rapport annuel adressé au Président et au Parlement. Pour donner suite à la Conférence de la famille de 2004, le gouvernement a lancé un programme pour soutenir la création des MDA. Le plan « santé des jeunes » de février 2008 avait pour objectif d'ouvrir une MDA dans chaque département d'ici 2010. Aujourd'hui, il existe des MDA dans plus de 65 départements en France, y compris en métropole et dans les DOM-TOM. (*C'est quoi une Maison des adolescents ?*, 2011).

Comme le précise la charte de l'Association Nationale des Maisons Des Adolescents (ANMDA), la mission principale de ces structures est de faciliter l'accès aux soins pour les jeunes âgés de 11 à 25 ans ,ayant des difficultés d'ordre physique , psychique et /ou sociale.(*Accueil | ANMDA*, s. d.).Elles proposent aux adolescents un accueil gratuit, avec des horaires flexibles et adaptés, sans obligation de rendez-vous, car « *l'adolescent ne peut donc se permettre d'attendre, surtout lorsqu'il est en souffrance psychologique* »(Benoit et al., 2011).

L'espace est volontairement aménagé de manière chaleureuse, avec un mobilier et une décoration soigneusement choisis pour optimiser l'accueil des adolescents. En effet, les MDA doivent tenir compte du fait qu'un grand nombre d'adolescents hésitent à se rendre dans un lieu qu'ils perçoivent comme ayant déjà identifié leur problème, ce qui pourrait ne pas suffisamment prendre en compte leur individualité. (Cottin, 2013)

Les MDA s'intègrent dans un réseau de partenaires urbains conçu pour encourager la collaboration et la coordination entre les professionnels de santé, l'éducation nationale, la protection judiciaire de la jeunesse, les collectivités locales, entre autres. (*Maisons des adolescents (MDA) | solidarites.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités, 2017*).

Au sein du CMP pour adolescents de Wasquehal, une infirmière de l'EPSMAL assure des permanences à raison de trois jours par semaine, dans les MDA de Lille et de Roubaix sous la direction de la Sauvegarde du Nord. Cette particularité permet de fluidifier la coordination entre les différents partenaires nécessaires dans le cadre du parcours de soins des jeunes patients et d'optimiser ainsi l'accès aux soins.

## 2. Le Centre Médico Psycho Pédagogique (CMPP) :

Les CMPP en France sont des établissements médico-sociaux offrant des consultations et des soins ambulatoires aux enfants et aux adolescents, en collaboration avec leur entourage familial. Créés à la fin des années 1990, les CMPP avaient pour objectif initial de s'occuper de la santé psychique des enfants et de faciliter leurs interactions avec leur environnement familial, scolaire et social. Dans chaque CMPP, il y a une équipe qui regroupe principalement des pédopsychiatres, des orthophonistes, des psychologues, des éducateurs et infirmières.

Les CMPP en France sont soumis à la réglementation de l'annexe XXXII du décret n° 163-46 du 18 février 1963. Selon l'article premier de cette annexe, il stipule « *qu'ils pratiquent le diagnostic et le traitement des enfants inadaptés mentaux, dont l'inadaptation est liée à des troubles neuropsychiques ou à des troubles du comportement* ». « *... sans hospitalisation du malade* » (*Fédération des CMPP, s. d.*).

Selon le rapport IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales), il y a actuellement 307 CMPP en France, totalisant 410 sites de consultations car certains en possèdent plusieurs. Chaque année, ces centres assurent environ 3 millions de consultations, avec une liste de suivi de 213 000 enfants et adolescents. (*Évaluation du fonctionnement des Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), des Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), et des Centres médico-psychologiques de psychiatrie infanto-juvénile (CMP-IJ), s. d.*)

### 3. Le Centre Médico Psychologique (CMP) :

Les Centres Médico-psychologiques Infanto-Juveniles ont été établis en 1986 avec pour mission d'accueillir, prévenir et offrir des soins psychiques. Leur fonctionnement repose sur une équipe pluridisciplinaire spécialisée dans le développement psychique des enfants et des adolescents. Les CMP offrent un accès libre et gratuit, acceptant les demandes des parents pour leurs enfants ainsi que les adolescents eux-mêmes.(Quantin & Benoit, 2020)

Les missions des CMP ont été définies dès la circulaire de 1960 concernant la psychiatrie de secteur. Depuis le début, il s'agissait de combiner la prévention primaire, secondaire et tertiaire.(Odier, 2016).

Les équipes sont principalement constituées de psychiatres ou pédopsychiatres, psychologues, assistants sociaux, éducateurs spécialisés et infirmiers. Ces dernières permettent de contribuer à l'organisation des prises en soins des jeunes patients.

En cas de nécessité, il est envisageable d'orienter les patients vers des structures adaptées, telles que les CATTP, les HDJ (Hôpitaux de Jour), les urgences, ou les unités d'hospitalisation psychiatrique. (Savalli, s. d.)

## IV. La démographie Haut de France :

La région Haut de France est la quatrième région parmi les plus peuplées de France. En effet, au 1<sup>er</sup> janvier 2021, 5 995 300 personnes vivent en Haut de France dont 2 611 300 dans le département du Nord. La tranche d'âge des 15-29 ans dans les Hauts de France représente 18,4 % de la population.(*Dossier complet – Région des Hauts-de-France (32) | Insee*, s. d.)

### 1. Les caractéristiques démographiques du secteur :

La ville de Roubaix fait partie des communes les plus peuplées des Hauts de France.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2021, la population de Roubaix s'élève à 98066 habitants. Les jeunes âgés de 15 à 29 ans représentent 23,1 % de cette population. Roubaix est une ville centrale au sein de la Métropole Européenne de Lille (MEL) et est le chef-lieu de deux cantons. Sa densité de population moyenne avoisine les 7412 habitants par kilomètre carré.

La population de Roubaix est notablement plus jeune que celle du reste de la région.

Concernant certains critères sociaux, comme le chômage, le nombre de personnes non scolarisées et sans diplôme, ou encore les familles monoparentales, la commune de Roubaix présente une situation moins favorable que le reste de la région Hauts-de-France. En effet, en 2020, 24,8% de la population n'avait pas de diplôme ou possédait un niveau de diplôme faible,

comparé à 26,3 % dans le reste de la région. Aussi, 22,3 % représentait les familles monoparentales, contre 16,3% dans les autres zones, et le taux de chômage s'élevait à 9,2% contre 7,5% dans le reste de la région. (*Dossier complet – Commune de Roubaix (59512) | Insee, s. d.*)

## 2. Les répartitions sectorielles de la PEA et la psychiatrie de l'adulte :

### La PEA du secteur I07 :

Le I07 est constitué de 3 CMP enfants et d'un CMP pour adolescents. Parmi eux, deux d'entre eux se situent à Roubaix et un à Wattrelos.

Le CMP pour adolescents prend en soins les jeunes habitants des villes suivantes : Roubaix, Hem, Croix, Wasquehal, Wattrelos, Toufflers, Leers, Lannoy, Lys-Lez-Lannoy et Sailly-Les-Lannoy. Depuis 2022, le CMP pour adolescents de Roubaix a déménagé sur la commune de Wasquehal en lien avec la vétusté des précédents locaux.



Figure 1 : Sectorisation Infanto juvénile du I07

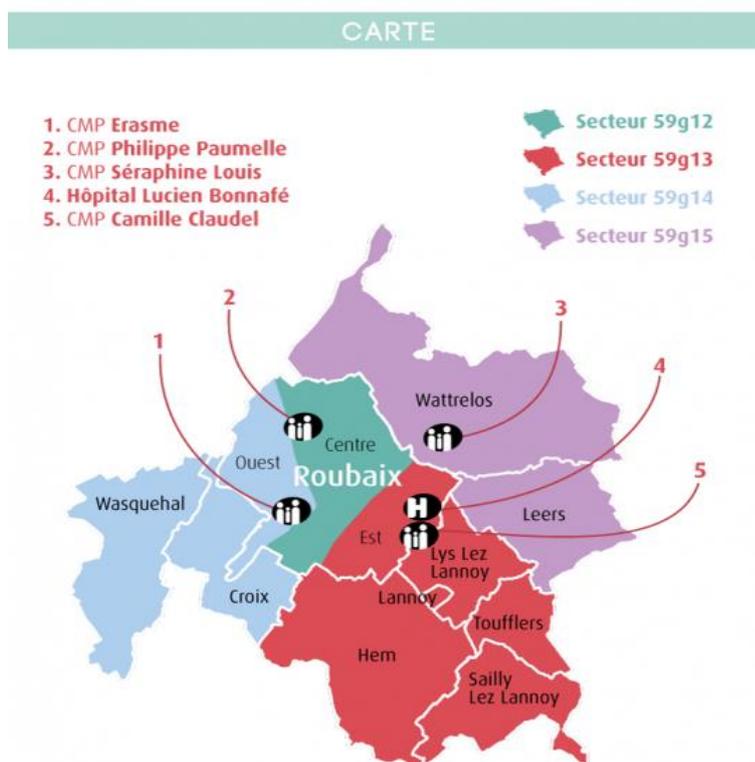


Figure 2 : Sectorisation Adulte Roubaisienne

(Source : reprographie de l'EPSM-AL, <https://www.epsm-al.fr>)

Le secteur du 59G12 englobe plusieurs quartiers tous situés dans la commune de Roubaix.

Concernant le secteur du 59G13, il englobe la partie Est de Roubaix et comprend les quartiers du Sartel, des Trois Ponts, de la Fraternité, du Nouveau Roubaix, et celui des Hauts-Champs. Il s'étend également sur les communes de Hem, Lys-Lez Lannoy, Lannoy, Toufflers et Saille-lez-Lannoy.

Le secteur du 59G14 inclut la partie Ouest de la ville de Roubaix composée des quartiers de l'Alma, du Fresnoy, de l'Epeule et s'élargit sur les communes de Wasquehal et Croix.

Enfin, le secteur du 59G15, compris dans le pôle Roubaisien, englobe deux communes : Wattrelos et Leers.

## V. Constat

### 1. Description du constat et questionnement

Je suis actuellement infirmière dans un CMP pour adultes à Roubaix. Avant de débiter la formation d'IPA, j'étais case manager au sein du dispositif « PEP 48 » qui est un dispositif de coordination des professionnels des soins primaires et des soins psychiatriques. Il vise à une prise en soins dans les 48 heures des jeunes de 16 à 25 ans expérimentant des symptômes d'un premier épisode psychotique. A mon sens, le rôle du case manager est de faciliter l'accès aux soins en intervenant précocement. Elle structure et coordonne la prise en soins globale des jeunes comme le déroulement des soins, la formation, l'insertion sociale et professionnelle entre autres. Cet accompagnement permet une prise en soins personnalisée et un parcours plus fluide pour le patient.

Aussi, j'étais parfois sollicitée par la case manager du CMP pour adolescents en vue d'un relai de prise en soins vers l'adulte. Le fait d'aller vers le patient, de le rencontrer dans son lieu de soins d'origine, de rencontrer les différents professionnels acteurs autour du jeune, de me présenter auprès des familles des patients, optimisait selon moi, les conditions de la transition des soins vers l'adulte.

Ce « protocole » non officiel permettait d'établir un lien et d'éviter les risques de rupture dans les parcours de soins. D'ailleurs, peu de temps après le début de ce programme, le psychiatre référent du dispositif « PEP 48 » du CMP adulte était le même qu'au CMP pour adolescents, travaillant à mi-temps au sein des deux structures. Cette situation médicale était également un élément facilitateur supplémentaire selon moi.

Cependant, j'ai pu constater que les transitions de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte se réalisant en dehors du cadre de ce dispositif n'étaient pas toujours efficaces et nous constatons une rupture dans le parcours de soins de plusieurs mois à plusieurs années dans certaines situations.

J'ai pu l'observer lors de diverses présentations spontanées au CMP pour adultes. En effet, nombreux étaient les jeunes patients, évoquant des antécédents de suivi en CMP pour adolescents, en demande en prise en soins chez l'adulte, dans des situations souvent complexes, présentant de nombreuses comorbidités, avouant une rupture de soins. Les causes de cette dernière étaient très variées ; le « sentiment d'abandon » par l'équipe pluriprofessionnelle précédente, le manque d'informations concernant le fonctionnement de la structure adulte, la difficulté de s'orienter géographiquement et de trouver le CMP adulte dont il dépend, le refus de la famille de poursuivre les soins, certains troubles entravant la capacité de demander de l'aide. Les risques de cette rupture de parcours de soins sont l'aggravation clinique de la pathologie et de son pronostic, nécessitant parfois un recours à un temps d'hospitalisation, pouvant fragiliser davantage l'alliance thérapeutique parfois précaire.

Existe-t-il une transition des soins optimale ? Comment améliorer nos pratiques professionnelles en ce domaine ? Où se situe le rôle de l'IPA ? Comment impliquer davantage le patient et ses aidants dans notre quête de continuité des soins ?

Cet état des lieux m'a questionnée sur plusieurs dimensions et n'a fait qu'accroître mon intérêt de réaliser une étude quant à la transition des soins de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte.

## 2. Hypothèses, objectifs de l'étude :

L'objectif principal de cette étude est de quantifier les patients en rupture de soins lors de la transition des soins vers l'adulte, pour qui un relai vers l'adulte est envisagé.

L'objectif secondaire de cette étude est de faire un lien entre la rupture de soins en fonction des pathologies et de pouvoir ainsi repérer les facteurs de risque de non-transition des soins de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte.

L'hypothèse est le fait qu'il existe une corrélation entre le diagnostic posé en PEA et les patients en rupture dans leur parcours de soins lors de leur transition des soins vers l'adulte.

## Partie II : METHODE

### I. Type de l'étude :

Il s'agit d'une étude quantitative exploratoire, rétrospective, descriptive et monocentrique. Cette dernière permet de réaliser un état des lieux quant à la continuité des soins lors du passage de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte, en se focalisant sur la totalité du pôle I07 pour la pédopsychiatrie, et les quatre CMP adultes du pôle Roubaisien constitués du G12, G13, G14 et G15.

Après avoir communiqué une information concernant l'objectif de l'étude et de sa méthodologie, un accord a été obtenu par le Directeur des soins de l'EPSMAL ainsi que par la totalité des chefs de pôles des différents secteurs concernés au préalable.

Cette étude est basée sur la méthodologie de référence relative aux données à caractère personnel mis en œuvre dans le cadre de des recherches n'impliquant pas la personne humaine, des études et évaluations dans le domaine de la santé (MR004). Le protocole d'étude rédigé est validé par le délégué à la Protection des données de l'EPSMAL et également déposé et enregistré auprès de la déléguée à la protection des données de la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale et Psychiatrie des Hauts de France. (F2RSM psy)

### II. Population étudiée

#### **Critères d'inclusion :**

Cette étude est constituée de jeunes âgés en 2018 de 17 à 18 ans inclus, ayant bénéficié d'au moins une consultation dans un des CMP de pédopsychiatrie du secteur I07 de l'EPSMAL. Elle comprend également dans un second temps, ces mêmes patients ayant poursuivi leurs soins dans un des quatre CMP Roubaisiens de l'EPSMAL en se basant sur l'année 2023.

#### **Recueillement des données :**

Les données de santé recueillies ont été anonymisées, grâce à un numéro d'identification, sans conservation de table de correspondance, ne permettant pas d'identifier les patients concernés de manière ultérieure. Grâce à une lettre d'information étudiée et validée par le délégué à la protection des données du GHT (Groupement Hospitalier de Territoire) destinée aux patients et

diffusée dans les CMP de pédopsychiatrie et les CMP adultes Roubaisiens, le recueil de non-opposition à l'utilisation de leurs données personnelles a pu être réalisé. (Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et au règlement européen sur la protection des données personnelles).

Au cours de cette étude, aucune personne ne s'est manifestée en vue de s'opposer à l'utilisation de ses données personnelles, ni en vue de demander des informations complémentaires. La période laissant la possibilité aux patients de s'opposer à l'étude est de janvier à avril 2024.

### **Recrutement des patients :**

Le recrutement des patients est réalisé à partir des dossiers de soins informatisés du secteur du I07 dans un premier temps, puis des secteurs du G12, G13, G14, G15. La demande d'extraction des données est réalisée auprès du DIM (Département d'Information Médicale) de l'EPSM.

### **Critère d'exclusion :**

Le fait de ne pas dépendre géographiquement d'un des quatre secteurs adultes Roubaisiens est le seul critère d'exclusion à cette étude.

### **Variables :**

En vue de caractériser la population, les variables d'intérêt étudiées sont :

- le genre notifié dans les dossiers de soins,
- l'âge actuel du patient, l'âge du début des soins en pédopsychiatrie,
- le diagnostic principal (codé selon la dixième révision de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM 10) établi en pédopsychiatrie,
- le diagnostic secondaire établi en pédopsychiatrie, la présence ou absence de relai vers un CMP adulte envisagé,
- la présence ou absence d'un relai effectué, la date de prise en soins chez l'adulte,
- le lieu de prise en soins chez l'adulte,
- le diagnostic principal établi chez l'adulte,
- le diagnostic secondaire établi chez l'adulte, l'inclusion ou non dans un dispositif spécifique.

En l'absence de notification précisée dans les dossiers concernant un relai envisagé vers les soins chez l'adulte, nous avons décidé de le considérer comme relai non envisagé.

## **Recueillement des informations :**

La totalité des informations recueillies sont présentes dans une table des données anonymisée réalisée sur Excel®. Ces informations sont stockées sur un serveur sécurisé Next Cloud F2RSM psy.

## **Traitement des données :**

Le traitement des analyses statistiques a été effectué en deux temps :

1<sup>er</sup> temps : Par la réalisation d'analyses univariées afin de décrire l'ensemble des variables quantitatives au moyen des moyennes et écart-types et l'ensemble des variables qualitatives au moyen d'effectifs et de pourcentages.

2<sup>ème</sup> temps : Par la réalisation d'analyses bivariées :

Les proportions sont comparées à l'aide d'un test paramétrique de Chi2 ou à l'aide d'un test non paramétrique de Fisher (lorsque les effectifs théoriques sont  $< 5$ ).

Les moyennes sont comparées à l'aide d'un test paramétrique de Student (lorsque les groupes sont  $\geq 30$  ind/groupe, que leur distribution suit une loi Normale et que les variances sont égales) ou à l'aide d'un test non paramétrique de Wilcoxon (lorsque les conditions d'utilisation d'un test de Student ne sont pas réunies).

Les résultats sont significatifs lorsque «  $p$  » est  $< 0.05$ .

## **Analyses des données :**

Les analyses ont été réalisées avec les logiciels Excel, R Studio et R version 4.2.1

## Partie III : RESULTATS

### 1. Population étudiée :

Parmi les 95 patients ayant consulté en PEA en 2018 et étant âgés de 17 ans à 18 inclus, 95 patients ont été inclus dans cette étude.

On peut observer les caractéristiques socio-démographiques de ces patients inclus dans le tableau ci-dessous :

Prise en charge psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	
Age de début de la prise en charge en PEA, moy (sd) <i>Min : 10 ; Max : 18 ; Médiane : 15</i>	14.7 (1.88)
Unité de prise en charge PEA, n (%)	
59I07 CMP ROUBAIX RUE PELLART	2 (2.1)
59I07 CMP ROUBAIX RUE DE LILLE	1 (1.1)
59I13 CMP ADOLESCENT ROUBAIX	85 (89.5)
59I13 CMP WATTRELOS	7 (7.4)

### 2. Age de début des soins :

L'âge moyen de début de la prise en soins en PEA est de 14 ans et 7 mois.

### 3. Sexe :

Sexe, n (%)	
Homme	41 (43.2)
Femme	54 (56.8)

Les jeunes femmes représentent 56,8% de la population étudiée.

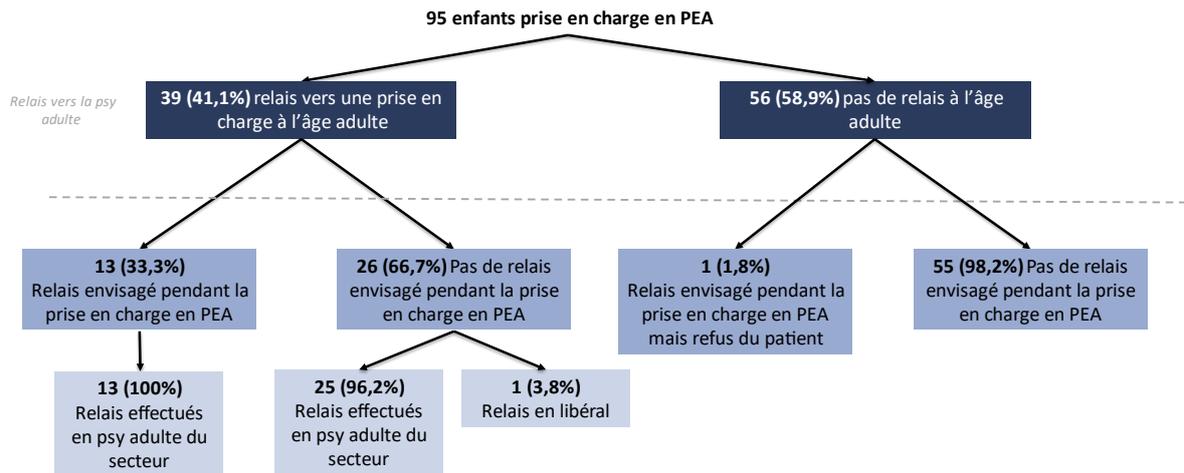
### 4. Lieux de soins d'origine :

Parmi cet échantillon de patients, 89,5 % ont débuté leurs soins au CMP pour adolescents parmi les 4 structures de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PEA) intervenant dans ce secteur. 10,6% d'entre eux ont déjà été suivis en CMP pour enfants dont 7,4% provenant du CMP enfants de la ville de Wattrelos.

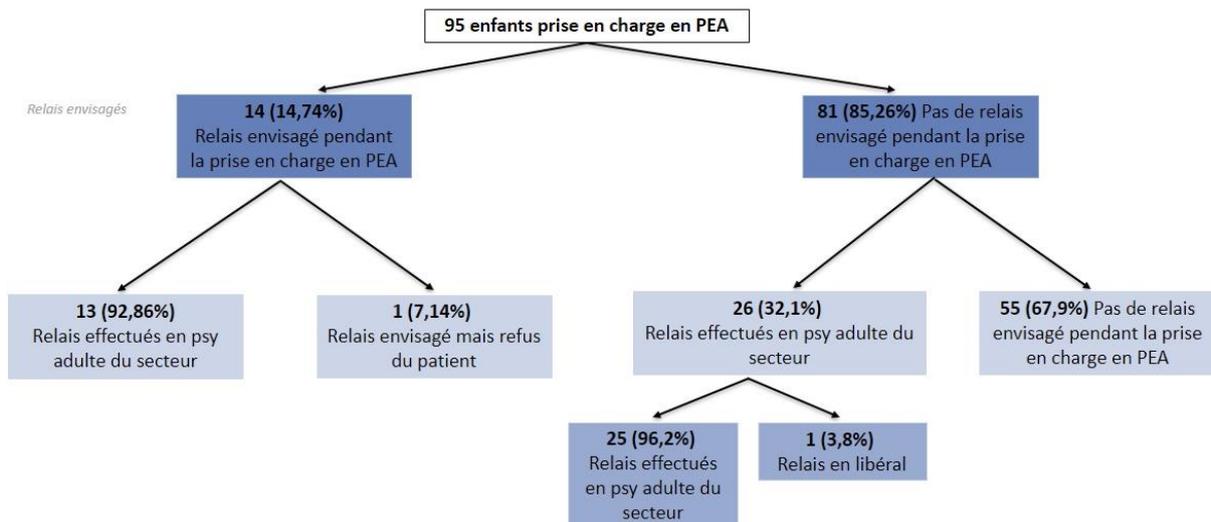
## 5. Relais envisagés :

On peut observer dans la figure ci-dessous, que parmi les 14 patients pour lesquels un relai vers les soins adultes était envisagé, la totalité a bénéficié d'un relai vers les soins adultes au sein du même établissement de santé puisque 13 d'entre eux sont pris en soins chez l'adulte et un seul patient a refusé le relai vers les soins adultes.

### Relais psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent vers la psychiatrie adulte



### Relais psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent vers la psychiatrie adulte 2

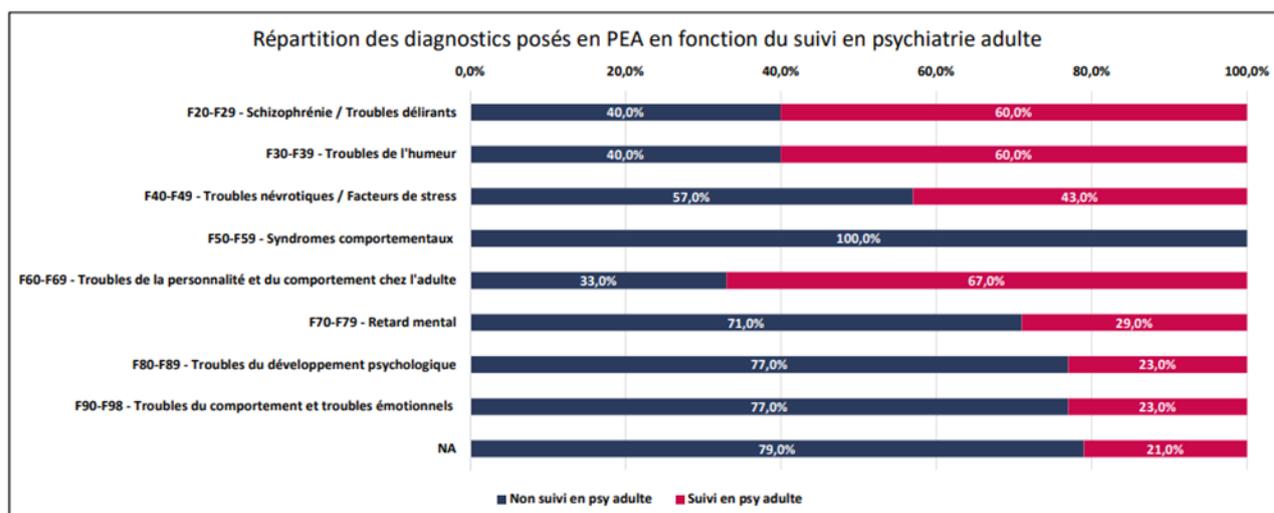


## 6. Relais non envisagés :

55 patients pour lesquels un relai vers les soins adultes n'a pas été envisagé lors de leur suivi en PEA, ne se sont pas orientés vers une prise en soins chez l'adulte.

Parmi les 81 patients pour lesquels un relai vers les soins adulte n'a pas été envisagé au cours de leur suivi en PEA, on peut retrouver sur la figure ci-dessus, 26 patients qui bénéficient finalement d'une prise en soins chez l'adulte. Parmi ces 26 patients, 25 d'entre eux se sont orientés vers une prise en soins en CMP adulte de leur secteur d'origine et un patient s'est orienté vers une prise en soins en libéral.

## 7. Diagnostics posés en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et relai vers l'adulte



## 8. Diagnostics similaires en PEA et en adulte :

DP similaire PEA et psy adulte, n (%)	
<i>Pour les 29 patients ayant un DP</i>	
Oui	12 (41.4)
Non	17 (58.6)

Sur les 29 patients pour lesquels un diagnostic principal a été posé en PEA, on retrouve à 41,4 % un diagnostic similaire chez l'adulte.

On peut noter que les troubles du développement psychologique (77%), les troubles du comportement et les troubles émotionnels (77%) représentent les principaux diagnostics posés en PEA.

On retrouve également une majeure partie de diagnostic posé de retard mental en PEA qui représente 71% contre 23% suivis en psychiatrie adulte

57% des diagnostics de troubles névrotiques ou facteurs de stress posés en PEA ne sont pas suivis chez l'adulte.

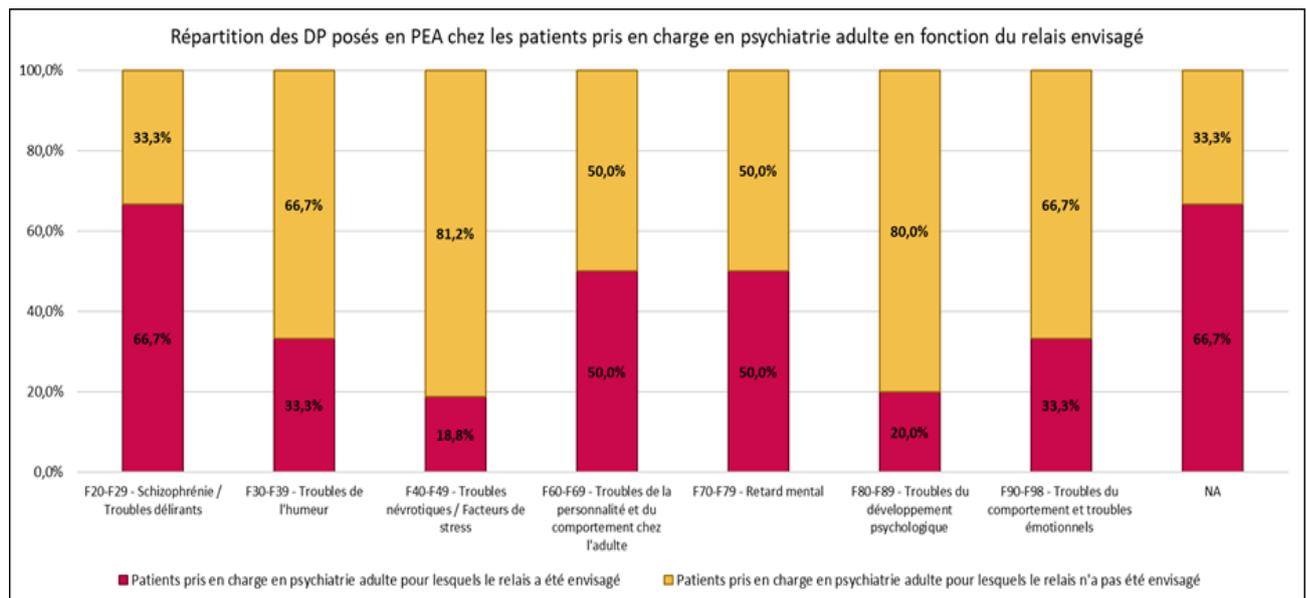
Les syndromes comportementaux (100 %) apparaissent dans la totalité des diagnostics posés en PEA et chez l'adulte.

Les diagnostics de schizophrénie ou troubles délirants (60%), les troubles de l'humeur (60%) ainsi que les troubles de la personnalité et du comportement (67%) constituent les diagnostics principaux posés en PEA et qui sont suivis chez l'adulte.

## 9. Diagnostics ou motifs de prise en soins des patients en PEA :

Les 5 principaux diagnostics ou motifs de prise en soins des patients en PEA dans l'ordre décroissant sont :

- Les troubles névrotiques ou facteurs de stress
- Les troubles du comportement et troubles émotionnels
- Les troubles de l'humeur
- Le retard mental
- La schizophrénie ou troubles délirants



## 10. Patients pris en soins en psychiatrie adulte pour lesquels le relai a été envisagé :

Parmi tous les patients atteints de troubles délirants ou de schizophrénie, il y a eu un relai envisagé pour 66,7% d'entre eux.

Parmi la totalité des patients atteints de troubles de la personnalité et du comportement, il y a eu un relai envisagé pour 50% d'entre eux.

Au sein de la totalité des patients atteints de retard mental, il y a eu également un relai envisagé pour 50% d'entre eux.

Parmi tous les patients présentant des troubles de l'humeur, un relai a été envisagé pour 33,3% d'entre eux.

Au sein de la totalité des patients présentant des troubles du comportement et des troubles émotionnels, un relai a également été envisagé pour 33,3% d'entre eux.

Parmi tous les patients présentant des troubles du développement psychologique, il y a eu un relai envisagé pour 20% d'entre eux.

Enfin, il y a eu un relai envisagé pour 18,8% parmi la totalité des patients présentant des troubles névrotiques ou facteurs de stress.

### 11. Patients pris en soins en psychiatrie adulte pour lesquels le relai n'a pas été envisagé

Parmi tous les patients atteints de troubles névrotiques ou facteurs de stress, il n'y avait pas de relai envisagé pour 81,2% d'entre eux.

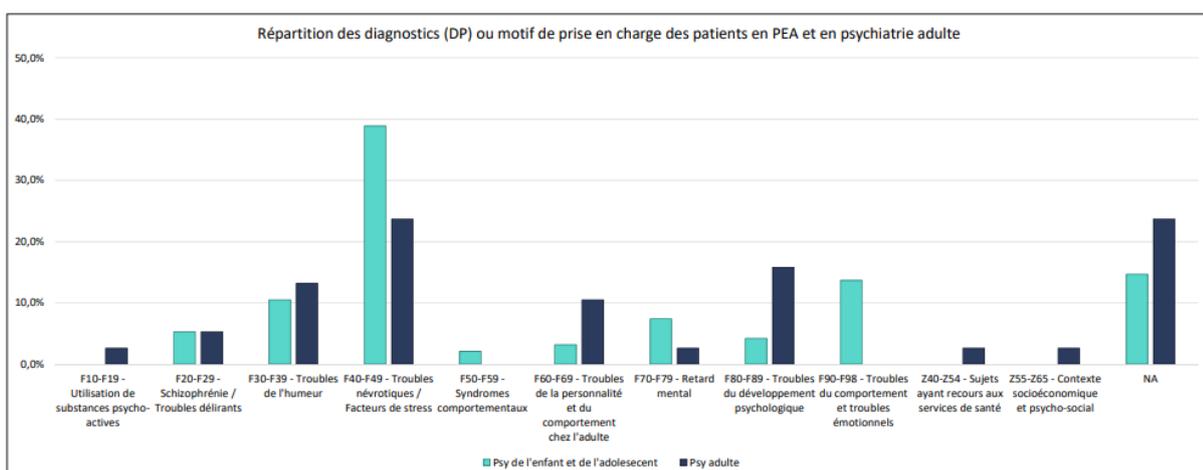
Au sein de la totalité des patients présentant des troubles du développement psychologique, il n'y avait pas de relai envisagé pour 80% d'entre eux.

Parmi la totalité des patients présentant des troubles de l'humeur, il n'y avait pas de relai envisagé pour 66,7% d'entre eux.

Parmi tous les patients présentant des troubles du comportement et troubles émotionnels, il n'y avait pas de relai envisagé pour 66,7% d'entre eux.

Parmi tous les patients présentant un retard mental, un relai n'a pas été envisagé pour 50% d'entre eux.

Parmi la totalité des patients présentant un trouble de la personnalité et du comportement, un relai n'a également pas été envisagé pour 50% d'entre eux.



Enfin, parmi tous les patients présentant une schizophrénie ou des troubles délirants, un relai n'a pas été envisagé pour 33,3% d'entre eux.

## 12. Diagnostics ou motifs de prise en soins en psychiatrie adulte :

Les 5 principaux diagnostics ou motifs de prises en soins des patients en psychiatrie adulte dans l'ordre décroissant sont :

- Les troubles névrotiques /facteurs de stress
- Les troubles du développement psychologique
- Les troubles de l'humeur
- Les troubles de la personnalité et du comportement
- La schizophrénie/troubles délirants

## 13. Délais entre la fin de prise en soins entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte :

Une moyenne de 6 mois (n=13) pour les patients dont le relai vers l'adulte était envisagé a été calculée. Quant aux patients bénéficiant d'une prise en soins chez l'adulte pour qui un relai n'était pas envisagé lors des soins en PEA, on peut noter une moyenne de deux ans et 9 mois concernant leur retour aux soins chez l'adulte. Ces résultats sont très significatifs.

Analyses descriptives bivariées			
	Patients pris en charge en psychiatrie adulte pour lesquels le relai a été envisagé N = 13	Patients pris en charge en psychiatrie adulte pour lesquels le relai n'a pas été envisagé N = 26	p
<b>Sexe, n (%)</b>			0.209
Homme	8 (61.5)	9 (34.6)	
Femme	5 (38.5)	17 (65.4)	
<b>Age de début de prise en charge en PEA, moy (sd)</b>	14.2 (2.03)	14.0 (1.84)	0.821
<b>ATCD de TS en PEA, n (%)</b>			0.719
Oui	3 (23.1)	8 (30.8)	
Non	10 (76.9)	18 (69.2)	
<b>Délai moyen entre la fin de prise en charge en PEA et la prise en charge en psychiatrie adulte (en mois), moy (sd)</b>	6.2 (12.3)	24.9 (22.7)	<b>0.007*</b>
<b>Passage aux urgences adultes (CAPI), n (%)</b>			0.076
Oui	0 (0.0)	6 (24.0)	
Non	13 (100.0)	19 (76.0)	
<b>Orientation vers un dispositif spécifique, n (%)</b>			0.643
Oui	1 (7.7)	4 (16.0)	
Non	12 (92.3)	21 (84.0)	

\*Résultats significatifs

#### 14. Lieux de premier contact de soins chez l'adulte :

On peut noter que parmi les 38 patients concernés par les soins adultes au sein du même établissement de santé (relais envisagés ou non envisagés confondus), 24 % d'entre eux reprennent contact avec les soins chez l'adulte via les urgences, bénéficiant par la suite d'une hospitalisation, contre 76% via le CMP adulte de leur secteur d'appartenance. Parmi les patients hospitalisés, 16% d'entre eux sont hospitalisés dans un service ouvert, de type centre d'accueil et de crise. 8% des patients sont hospitalisés en service fermé.

<b>Unité de prise en charge adulte, n (%)</b>	
<i>Pour les 38 patients concernés</i>	
CMP G12	7 (18.4)
CMP G13	10 (26.3)
CMP G14	6 (15.8)
CMP G15	5 (13.2)
CMP G24	1 (2.6)
Hospi (G14)	3 (7.9)
Hospi CAPI (G12)	2 (5.3)
Hospi CAPI (G13)	1 (2.6)
Hospi CAPI (G14)	2 (5.3)
HOSPI CAPI (G14)	1 (2.6)

#### 15. Durée des soins adultes :

Parmi ce même nombre de patients concernés par les soins adultes (38), 9 sont encore suivis actuellement. La durée moyenne des soins est de 19 mois et demi. Cette dernière a été calculée sur une base de 15 patients pour qui la prise en soins est terminée et dont le suivi a été d'une durée supérieure à un mois.

<b>Durée de prise en charge en psy adulte (en mois), moy (sd)</b>	
<i>Pour les 15 patients pour lesquels la PEC est terminée et &gt; 1 mois</i>	19.5 (16.7)
<i>Min : 1 ; Max : 57 ; Médiane : 17</i>	
<i>5 patients avec suivi &lt; 1 mois</i>	
<i>9 patients toujours suivis</i>	

## Partie IV : DISCUSSION

Le résultat principal de cette étude met en lumière le fait que la totalité des patients pour qui un relai des soins vers la psychiatrie adulte lors de leur prise en soins en PEA était envisagé, a été abouti. Il n'y a pas eu de rupture dans le parcours de soins lors de la transition vers les soins chez l'adulte.

### I. Analyse critique des résultats

#### 1. Caractéristiques de la population :

##### **Age :**

L'âge moyen de début de prise en soins en PEA dans cette étude est de 14 ans et 7 mois. Ce constat est en corrélation avec la littérature concernant le début d'apparition des troubles mentaux : la moitié de ces derniers s'expriment avant l'âge de 14 ans. (*Santé mentale*, s. d.) La transition des soins pour les patients inclus dans cette étude s'est effectuée pour certains à 17 ans, et d'autres à 18 ans. L'âge est un élément essentiel concernant la transition des soins, car il est important de noter que d'une manière générale, la demande de soins initialement réalisée en PEA est très souvent générée par la famille ou des tiers autour du jeune, en lien avec le constat d'une symptomatologie nécessitant la sollicitation de professionnels dans le champ de la santé mentale. Aussi, le jeune étant mineur, un consentement aux soins est nécessaire, rédigé par ses représentants légaux. Mais à partir de sa majorité, ces derniers se replient « naturellement » de la prise en soins du jeune adulte, car l'adhésion aux soins et le consentement ne relèvent que de ce dernier. L'association des jeunes psychiatres et addictologues (AAJPJA) a réalisé une enquête nationale afin de dresser un état des lieux des CMP spécialisés en pédopsychiatrie. Cette dernière avait pour objectif d'interroger les participants quant à l'âge le plus approprié pour la transition des soins. Les résultats ont mis en évidence le fait que 45% d'entre eux ont opté pour 18ans, 18,7% pour 17ans, et 25% pour 16ans, ce qui illustre une grande diversité de d'avis. (DUMAS et al., 2021).

##### **Sexe des patients :**

Une majorité de femmes représente l'échantillon de la population étudiée puisque le pourcentage s'élève à 56, 8%.Cependant, on retrouve dans un rapport national de la Direction

de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS), qu'une majorité de jeunes hommes consultent en ambulatoire en PEA, ce qui peut contraster les résultats de l'étude (*Les établissements de santé - Édition 2016 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*, s. d.). Cette opposition peut être expliquée et liée à la notion de santé perçue des adolescents. En effet, les adolescentes ont une perception moins bonne de leur santé si l'on compare avec les jeunes hommes du même âge. Elles sont donc plus enclines à venir consulter en ambulatoire. Aussi, il serait intéressant d'obtenir un sex ratio en fonction des années de naissances de l'échantillon de patients inclus dans l'étude.

### **Lieu de soins d'origine :**

Le principal lieu de début des soins est représenté en majorité par le CMP pour adolescents. Ce dernier prend en soins des jeunes âgés entre 13 et 18 ans. Comme précédemment expliqué, l'adolescence représente une période délicate durant laquelle les jeunes peuvent rencontrer des difficultés les rendant davantage vulnérables. Aussi, la plupart des pathologies psychiatriques (75%) apparaissent avant 25 ans (« Les maladies psychiatriques et les troubles du comportement », s. d.), ce qui peut expliquer ce constat. En PEA, l'importance d'un suivi de type ambulatoire reste à privilégier, maintenant ainsi le jeune dans son milieu de vie ordinaire, en préservant son environnement social, familial et scolaire.

### **Diagnostics similaires :**

Sur les 29 patients pour lesquels un diagnostic principal a été posé en PEA, un diagnostic similaire est retrouvé chez l'adulte à 41,4%. En effet, l'évolution des pathologies psychiatriques de l'adolescent à l'adulte représente un domaine complexe. Comme nous l'avons vu précédemment, l'adolescence est une période de grande vulnérabilité face aux troubles mentaux et plusieurs facteurs d'ordre biopsychosocial peuvent également entraver la santé mentale. Aussi, la pathologie, la situation sociale, l'étayage amical, familial et professionnel, les comorbidités associées et la résilience entre autres ont un impact quant à l'évolution probable. Certaines pathologies psychiatriques sont diagnostiquées chez l'adolescence et persistent chez l'adulte. Pour d'autres, des événements de vie peuvent provoquer une présentation clinique similaire à celle lors des soins en PEA.

### **Relais envisagés et délais :**

Il étonnant de constater que, malgré l'absence d'un protocole établi, la totalité des relais envisagés vers l'adulte a été effectué avec succès. L'unique patient pour lequel le relai n'a pas été effectif ne dépendait alors que de sa décision. Peut-être devrions-nous aussi nous pencher sur les motifs de son refus (compréhension erronée de la maladie, éducation thérapeutique non efficiente entre autres). Cependant, ces résultats positifs sont une représentation sur une période donnée, au sein d'une population précise. Il serait délicat d'en faire une généralité absolue. Aussi, il est important de noter que le nombre de pédopsychiatres concernés étant restreints au sein de cette étude, le procédé autour de la transition se réalise de pédopsychiatre dépendant. Une moyenne de 6 mois représente le délai qui sépare la fin de prise en soins en PEA et le début de la prise en soins chez l'adulte contre 3 mois dans une autre étude similaire (Schandrin et al., 2013). Aussi, les moyens humains constituant les équipes des quatre CMP adultes du secteur Roubaisien n'étant pas égaux, et les nombreuses nouvelles demandes venant d'horizons autres que de la PEA, les délais peuvent parfois être prolongés. Les organisations autour de l'accueil de l'utilisateur des CMP adultes du secteur Roubaisien différent, cet élément peut parfois modifier les délais de début de prise en soins. De plus, le lieu des soins adultes est un facteur pouvant faciliter le relai. En effet, les CMP adultes constituant le pôle Roubaisien sont tous très accessibles et bénéficient d'une excellente desserte. Enfin, les CMP adultes sont souvent plus proches des lieux de résidence des patients puisqu'une majorité de patients habitent Roubaix.

### **Relais non envisagés et délais :**

Une moyenne de deux ans et 9 mois représente la durée qui s'écoule entre la fin de prise en soins en PEA et la reprise de contact avec les soins en psychiatrie adulte pour les patients pour lesquels un relai n'était pas envisagé. Dans cette situation, il est courant de constater que le motif de reprise de contact ne corrèle pas toujours avec le motif de suivi antérieur en PEA. Il est probable que le patient puisse vivre cette nécessité de soins chez l'adulte comme un véritable échec, une fatalité mais il est important de notifier que durant plus de deux années, son état de santé mentale ne requerrait pas de soins durant cette période. En cas de motif similaire lors de la reprise de contact chez l'adulte, il n'est pas négligeable de songer à une pathologie à « épisodes » ayant présenté une accalmie durant une période. Aussi, le motif de reprise de contact avec les soins peut être lié à un événement de vie particulier, un étayage amical ou familial fragilisé entre autres.

## **Lieux de première prise de contact chez les soins de prise en charge chez l'adulte :**

Plus de la majorité des patients pour lesquels le relai n'a pas été envisagé reprennent contact avec les soins en psychiatrie adulte via leur CMP d'origine. Cette démarche réalisée de manière individuelle et autonome peut laisser penser que le patient adulte a intégré au cours de son suivi en PEA le repérage des signes prédictifs d'apparition de troubles mentaux et des structures adaptées vers lesquelles il peut réaliser une demande d'aide. Une partie moins importante se dirige vers les urgences dans un contexte d'idéations suicidaires et/ ou de passage à l'acte auto agressif. Cette minorité de patients s'orientent donc vers les soins en situation de crise. C'est une situation qui peut parfois amener ces derniers vers un temps d'hospitalisation qui est nécessaire. Ce mode d'entrée dans les soins semble être la moins satisfaisante pour tous. Une étude réalisée sur le secteur de Saint Nazaire portant sur la transition des soins institutionnels pédopsychiatriques vers les soins institutionnels pour adultes, met en lumière une entrée dans les soins en psychiatrie adulte via les urgences pour de nombreux patients n'ayant pas eu de relai envisagé lors de la prise en soins en pédopsychiatrie.(Volkaert, 2010)Enfin, même si ce constat est en corrélation avec les résultats de notre étude, il est à nuancer car le motif justifiant la présence d'idées suicidaires et/ou de passage à l'acte auto agressif, n'est pas forcément lié à une pathologie psychiatrique, il peut être lié à un évènement de vie, une situation sociale précaire, ou secondaire à une consommation de toxiques entre autres, qui ne peut pas être anticipée.

### 2. Diagnostics et relais :

#### **Schizophrénie et troubles délirants :**

Les diagnostics de schizophrénie ou troubles délirants posés en PEA représente une des deux catégories principales CIM-10 (classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement) des patients pour lesquels un relai vers les soins adultes a été envisagé. En effet, le diagnostic de schizophrénie, souvent associé à un traitement, nécessite une attention particulière, un étayage professionnel, personnel et une continuité des soins en vue de réduire les possibles comorbidités associées. Aussi, la prise en soin précoce de ce type de troubles garanti un rétablissement, une diminution des répercussions cognitives, une amélioration du fonctionnement social et professionnel. La pathologie se manifeste

généralement entre 15 et 25 ans ce qui représente environ 15 à 20% des épisodes qui se manifestent avant 18 ans. Il existe des formes rares qui apparaissent avant 13 ans, et à l'inverse des formes tardives qui surviennent après 35 ans. Avant l'apparition de symptômes schizophréniques, il est fréquent de constater des symptômes prodromiques non spécifiques pouvant se manifester 2 à 5 ans avant l'apparition du trouble. (Collège national des universitaires en psychiatrie et al., 2021). Ce diagnostic n'est cependant pas le plus représenté parmi ceux des motifs de prise en soins en PEA et des soins adultes. En effet, les formes précoces (avant 18 ans), se caractérisent par une égodystonie (pensées et comportements qui entrent en conflit avec les besoins et l'image idéale de soi ) et des antécédents développementaux significatifs, tels que des troubles de type « dys », des retards de langage, le TDAH, voire des signes partiels ou complets de TSA (Collège national des universitaires en psychiatrie et al., 2021) pouvant complexifier l'établissement du diagnostic. Chez l'adulte, la schizophrénie est souvent caractérisée par des hallucinations abondantes dans tous les types de perceptions sensorielles, associée fréquemment à une anosognosie (dénier des troubles), ce qui peut retarder la demande de prise en soins de manière spontanée et autonome.

### **Troubles de la personnalité :**

Pour de nombreux cliniciens, il est délicat de parler de troubles de la personnalité à l'adolescence. En effet, cette période de transition entre l'enfance et l'âge adulte est vue comme un processus développemental, durant lequel l'adolescent évolue constamment. Sa personnalité se réorganise, ses processus psychiques ainsi que ses mécanismes de défense évoluent en même temps que sa maturation. (Benoit & Moro, 2016). De plus, selon les critères diagnostiques du DSM V, il est possible d'établir ce diagnostic chez l'adolescent, uniquement si la totalité des critères sont présents durant une période supérieure à 1 an. L'un des critères stipule que les premières manifestations apparaissent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte en évoquant un mode « *stable et prolongé* » (Crocq & Guelfi, 2015), la notion de stabilité est pourtant difficilement évaluable en lien avec les tumultes que représente l'adolescence. Certains symptômes principaux comme l'impulsivité, les affects négatifs, les difficultés rencontrées lors des contacts interpersonnelles, pourraient constituer un noyau représentatif de la personnalité borderline chez les adolescents. (Miller et al., 2008)

Les troubles de la personnalité touchent environ 10% de la population générale. Chaque type de trouble de la personnalité affecte entre 1 et 3% de cette population.

Le trouble de personnalité de type borderline est le plus courant, avec une prévalence de 6%. Ces troubles ne sont pas mutuellement exclusifs : environ 50% des personnes atteintes présentent au moins deux troubles de la personnalité simultanément. (Collège national des universitaires en psychiatrie et al., 2021). Dans cette étude, ce diagnostic représente un échantillon important de patients pour lesquels un relai a été envisagé vers les soins adultes. En effet, les comorbidités associées à ce type de troubles nécessitent une continuité des soins et un étayage professionnel en vue d'éviter un retentissement quant à leur insertion professionnelle et à leur qualité de vie. Aussi, une étude (Walter et al., 2009) démontre que les patients atteints de trouble de la personnalité développent des addictions deux fois plus fréquemment que ceux ayant d'autres troubles de la personnalité. Cette tendance à l'usage de substances persiste même malgré une amélioration de leurs symptômes, que ce soit pour l'alcool ou de manière encore plus marquée, d'autres substances.

D'après une étude de cohorte au Québec, la prévalence des syndromes dépressifs et /ou des troubles anxieux chez les patients atteints de troubles de personnalité de type état limite est de 65% et 89,1% de manière respective. (Cailhol et al., 2017). Enfin, le risque suicidaire est une comorbidité supplémentaire ne pouvant être négligée. En effet, les comportements suicidaires sont très fréquents chez ce groupe de patients puisqu'environ les trois quarts d'entre eux font des tentatives de suicide, et environ 10% se finalisera par un suicide abouti. (Black et al., 2004)

### **Retard mental :**

Dans cette étude, pour la moitié des patients diagnostiqués avec un retard mental lors de l'évaluation en PEA, une transition vers les soins adultes a été envisagée. En effet, le contexte, le niveau de sévérité du retard mental, la présence d'autres troubles associés, peuvent influencer sur la nécessité d'une poursuite des soins chez l'adulte. Le retard mental léger qui correspond à un QI de 50 à 70 (mesurés à l'aide de test psychométrique) affecte le plus grand nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle puisque qu'il représente 85% d'entre elles. (Richard-Mornas, 2015). Les patients présentant un retard mental léger acquièrent progressivement des compétences langagières limitées, permettant une communication correcte mais inférieure au niveau de la pensée formelle. Leur autonomie personnelle et sociale se développent lentement avec un étayage adapté, leur permettant ainsi de gérer les situations courantes. A l'âge adulte, ces patients ont la possibilité de s'insérer sur le plan professionnel avec un minimum de soutien et de supervision.

Cependant, leurs plus grandes difficultés résident dans l'autodétermination et la prise d'initiatives (Richard-Mornas, 2015), ce qui peut parfois engendrer pour certains un retentissement sur le plan thymique, des difficultés à élaborer des stratégies d'adaptations efficaces entre autres.

### **Troubles de l'humeur :**

La compréhension des dépressions chez les adolescents a considérablement évolué. Elles étaient autrefois perçues comme étant rares, avec des symptômes ayant une présentation atypique, et une évolution généralement bénigne. A ce jour, elles sont reconnues comme fréquentes, partageant des symptômes similaires avec les épisodes dépressifs caractérisés chez l'adulte, et souvent graves. Cette gravité peut se manifester par des rechutes fréquentes, un retentissement significatif sur le plan psychosocial, ainsi que des tentatives de suicide pouvant aller jusqu'au suicide abouti au cours de l'adolescence et au début de l'âge adulte.(Chabrol, 2011a). Marcelli observe un accroissement des stratégies d'adaptation pour lutter contre les affects dépressifs chez le jeune patient, en parallèle avec l'âge. (Marcelli, 2004). Dans le cadre de cette étude, parmi la totalité des troubles de l'humeur diagnostiqués, un peu plus d'un quart d'entre eux (33,3%) ont été orientés vers les soins adultes. En effet, pour certains, le trouble de l'humeur est isolé et lié à des modifications hormonales, développementales, psychosociales entre autres. Pour d'autres, des facteurs environnementaux ou des évènements de vie négatifs en sont responsables(Catry & Marcelli, 2010) et nécessitent l'introduction d'un traitement , un étayage professionnel renforcé et une vigilance sur le plus long terme. Le risque suicidaire étant principalement une des conséquences possibles de ces épisodes dépressifs. Enfin, on retrouve dans la littérature que l'âge de début précoce est considéré comme un des facteurs de mauvais pronostic, avec une possibilité de récurrence d'épisodes dépressifs caractérisés dans 35% des cas avec une fréquence variable.(Crocq & Guelfi, 2015)

### **Troubles du comportement et troubles émotionnels :**

Le TDAH est un trouble que l'on retrouve fréquemment chez l'enfant, qui persiste souvent à l'âge adulte et se caractérise par des niveaux élevés d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité. (Asherson, 2005).Le taux de prévalence à vie de comorbidités telles que les troubles antisociaux, les troubles de l'humeur et de l'anxiété, ainsi que les troubles liés à la toxicomanie, est similaire chez les populations pédiatriques et adultes souffrant de TDAH. (Biederman, 2004).

Une persistance des symptômes à l'âge adulte avec impact fonctionnel est retrouvée pour deux tiers des patients.(Collège national des universitaires en psychiatrie et al., 2021). En vue de pouvoir valider le diagnostic de TDAH, il est impératif de se baser sur une apparition de certains troubles avant l'âge de 12 ans ce qui amène certains parents à consulter pour leurs enfants. Le traitement par stimulants représente la pierre angulaire du traitement et sont efficaces dans 70% des cas.(Asherson, 2005). Lorsque le diagnostic de TDAH est réalisé de manière précoce, l'instauration du traitement en association avec un suivi psychologique permettent au jeune patient d'acquérir des stratégies efficaces améliorant ainsi sa qualité de vie. Or, certains symptômes peuvent passer inaperçus et avoir un retentissement plus tardivement, lors des études supérieures par exemple, ou encore le début de la vie active (Laffont, 2015).Aussi, sa présentation clinique assez atypique chez l'adulte, comprenant quelques subtilités ne sont pas toujours décelées lors de la demande de soins chez l'adulte. Dans cette étude, parmi tous les patients pour lesquels un diagnostic de troubles du comportement a été posé, il a été proposé à un peu plus d'un quart d'entre eux de poursuivre les soins vers les soins adultes. Selon les données de la littérature et les résultats de l'étude, cet échantillon de patients pourrait représenter ceux pour qui le traitement n'est pas efficace, ceux qui réalisent une demande de soins plus tardivement avec une présentation clinique inhabituelle, ceux qui présentent des comorbidités associées, nécessitant une poursuite des soins vers l'adulte.

### **Troubles du développement psychologique :**

Au cœur de cette étude, les relais envisagés concernant le diagnostic de troubles du développement psychologique sont illustrés en faible pourcentage puisqu'ils représentent 20% parmi la totalité des patients pour lesquels ce diagnostic a été posé. Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) principalement diagnostiqué en PEA, fait partie des troubles du développement psychologique. C'est un trouble d'ordre neurodéveloppemental, caractérisé par des difficultés dans la communication et les interactions sociales, ainsi que par des comportements, des intérêts et des activités restreints et répétitifs. Sa prévalence est de 1% avec une tendance à la prédominance masculine (1/4).(Collège national des universitaires en psychiatrie et al., 2021). Les patients souffrant de TSA peuvent présenter ou non une déficience intellectuelle. En effet, le QI est un élément prédictif essentiel concernant l'aisance à adopter des stratégies d'adaptation sociales efficaces, selon une étude menée focalisée sur le rôle du comportement adaptatif chez les patients présentant ce trouble. (Kandel et al., 1999).

Au cours de l'adolescence, les comportements atypiques et les maladroites sociales des personnes atteintes de TSA entraînent régulièrement un sentiment d'incompréhension pouvant aller jusqu'au rejet par leurs camarades.(Bon et al., 2016).D'ailleurs, une étude montre que nombreux sont les jeunes adolescents souffrant de symptômes dépressifs associé à leur TSA consécutives avec leurs difficultés dans les habiletés sociales.(Hedley & Young, 2006). Concernant les jeunes patients ne présentant pas de déficience intellectuelle, une étude incluant 12 jeunes âgés de 15 à 21 ans avec le diagnostic de TSA sans déficience intellectuelle révèle que pour 10 d'entre eux, ils se projettent en poursuivant leurs études supérieures, et 7 d'entre eux avaient l'intention de vivre de manière autonome.(Arsenault et al., 2016). Ces projets pour l'avenir sont des projets de transition au cœur du parcours de vie, et sont évoqués et construits avec un étayage familial et professionnel adapté lors des soins en PEA. Pour les jeunes patients présentant une déficience intellectuelle associée à leur diagnostic de TSA, ils sont souvent orientés vers des centres ressources en vue d'évaluer les besoins du jeune et d'optimiser ainsi leur qualité de vie, de préparer un projet de vie adapté. Dès lors, la transition se réalise vers des structures spécifiques et plus adaptées ne nécessitant pas de soins vers un CMP adulte.

### **Troubles névrotiques et facteur de stress :**

Les patients ayant un eu un diagnostic établi en PEA de troubles névrotiques /facteurs de stress est très faiblement représenté parmi les relais envisagés puisqu'il représente 18,8%. En effet, ce diagnostic est très fréquemment retrouvé en PEA, mais une régression de la symptomatologie est souvent constatée chez l'adulte avec une résurgence chez le sujet âgé. La symptomatologie anxieuse peut survenir à tout âge, mais touche de nombreux adolescents, de part son origine multifactorielle. En effet, il existe des facteurs de vulnérabilité génétique (tempérament de nature anxieuse), et environnementaux (sources de stress divers). Ce dernier facteur de vulnérabilité nous renvoie aux nombreux défis évoqués précédemment auxquels sont confrontés les adolescents en parallèle avec la dimension kaléidoscopique de l'adolescence. La phobie sociale peut apparaître entre 10 et 20 ans, avec une apparition brutale ou insidieuse, souvent secondaire à un évènement humiliant ou engendrant un stress intense. Malheureusement, l'évolution générale de la phobie sociale est souvent une chronicité des troubles nécessitant la poursuite des soins vers l'adulte. (Collège national des universitaires en psychiatrie et al., 2021). Une étude de cohorte réalisée auprès de 2000 adolescents européens (Chavanne et al., 2023) suivis de 14 ans jusqu'à leur 23ans, a permis de mettre en avant trois facteurs prédictifs de l'anxiété future.

Il s'agit du sentiment de désespoir, de certains symptômes émotionnels et du neuroticisme (tendance persistante de vivre les émotions négatives). La méthodologie reposait sur de multiples auto-questionnaires, des imageries cérébrales et un algorithme d'intelligence artificielle.

### **Utilisation de substances psycho actives :**

Le diagnostic d'utilisation de substances psycho actives n'apparaît que chez l'adulte dans cette étude. Il est probable d'envisager que ce sujet soit moins fréquemment abordé ou avoué au cœur des soins en PEA et à l'inverse, évoqué plus spontanément chez l'adulte. Aussi, seuls quelques adolescents présentant une problématique de consommation de substances reçoivent des soins appropriés. (Chabrol, 2011b). De plus, une étude épidémiologique concernant les troubles mentaux de l'enfant et l'adolescent montre que 76% des adolescents souffrant de difficultés liées à la consommation de substances psychoactives, tels que la dépendance ou l'abus, présentaient des troubles psychiatriques. On pouvait y retrouver principalement 32% de troubles de l'humeur et 68% de troubles du comportement, d'hyperactivité avec déficit de l'attention, ou encore personnalité de type antisociale.(Kandel et al., 1999).

## **II. Forces et limites de l'étude :**

### **1. Forces :**

Cette étude quantitative rétrospective comporte une méthodologie facilement reproductible. De plus, la totalité du nombre de patients âgés de 17 ans à 18 ans inclus ayant consulté en 2018 en PEA, ont participé à cette étude.

### **2. Limites :**

Des biais méthodologiques peuvent rendre les résultats obtenus nuancables. En effet, en l'absence de notification dans le dossier concernant la notion de relai envisagé vers l'adulte lors de la prise en soins en PEA a été comptabilisée comme « relai non envisagé » par défaut. De ce fait, il est probable que des patients pour lesquels un relai était envisagé n'aient pas été pris en compte.

Aussi, quelques rares diagnostics n'ont pas été posés et parfois non renseignés. Cet élément peut également représenter un biais d'information supplémentaire dans cette étude.

De plus, certaines analyses statistiques effectuées en sous-groupe autour des relais vers les soins adultes n'ont pas pu donner des résultats significatifs, en lien avec une diminution du nombre de patients à étudier.

Enfin, les diagnostics principaux et secondaires n'ont pas été distincts lors de l'analyse des résultats.

### III. Perspectives :

Une étude incluant un nombre plus important de patients permettrait d'avoir davantage de données significatives concernant certaines analyses bivariées.

Aussi, il serait intéressant d'élargir l'étude en réalisant une comparaison des transitions de PEA vers les soins adultes accompagnées, de manière plus « protocolisées » avec des transitions de PEA vers les soins adultes comme elles se déroulaient jusqu'à présent. L'efficacité de nouveaux dispositifs mis en place pourraient ainsi être évalués.

Enfin, il serait également intéressant de réaliser une étude qualitative incluant la mesure de la stigmatisation de la santé mentale via une échelle validée chez des jeunes, et de comparer avant le relai envisagé et après le relai effectué chez l'adulte.

#### 1. Un professionnel repère :

A ce jour, un pédopsychiatre travaille à mi-temps au CMP pour adolescents de Wasquehal, et à mi-temps dans un des quatre CMP du secteur Roubaisien. Aussi, dans le cadre de son activité, il a créé un Dispositif d'Intervention Précoce (DIP) en vue de renforcer l'étayage et le suivi des jeunes adultes dans le cadre des pathologies émergentes. Ce dispositif étant intersectoriel, il permet ainsi de mettre à profit ses atouts auprès des jeunes adultes inclus dans ce dernier dépendant des quatre CMP adultes relevant du secteur Roubaisien. Le pédopsychiatre représente un professionnel repère pour les jeunes ayant déjà été suivis par ce dernier lors de leurs soins en CMP pour adolescents.

Dans le cadre d'une optimisation absolue, on pourrait imaginer que l'IPA travaillerait à mi-temps en CMP pour adolescents et à mi-temps en CMP pour adultes du même secteur géographique. En effet, l'IPA représenterait un professionnel « repère » supplémentaire, commun aux deux structures concernées par la transition des soins autour du jeune. Cette situation permettrait de rendre plus efficiente le parcours de soins pour le patient. L'IPA pourrait ainsi coordonner les soins autour du jeune grâce à sa proximité avec les différents professionnels des deux CMP.

En effet, l'engagement d'un professionnel permettant de coordonner la transition des soins, est retrouvé dans plusieurs écrits comme un des éléments répondant à un critère de transition optimale (Suris & Akre, 2015).

## 2. Un CATTP :

La création d'activités dans le cadre d'un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) adaptées aux jeunes en commun avec certains patients de psychiatrie adulte permettrait dans un premier temps de diminuer les anticipations anxieuses du début des soins chez l'adulte pour les jeunes et d'accroître leur connaissance des soignants et de se familiariser avec les autres patients.

## 3. Une collaboration interprofessionnelle renforcée :

En exerçant son leadership clinique, l'IPA peut se donner l'objectif de « décloisonner » les équipes des CMP pour adolescents et adultes. En effet, la collaboration interdisciplinaire permet de favoriser les échanges d'informations et les prises de décisions conjointes. En valorisant le partage des connaissances et de l'expertise de chaque professionnel, l'IPA pourrait organiser des formations communes avec les professionnels des équipes pour adolescents et adultes et améliorer la collaboration inter-équipes. Le choix des sujets de formation ou d'information serait choisi en fonction des besoins et des demandes des professionnels.

De plus, les futurs relais envisagés pourraient être évoqués et organisés en amont lors de réunions inter -équipes fixées mensuellement en vue de pouvoir aborder l'organisation autour des relais, d'identifier des référents au sein de l'équipe adulte pour chaque jeune pour qui un relai est envisagé au sein des secteurs adultes.

## 4. Des stages croisés :

La notion de stages croisés dans les structures concernées peut également être une manière pour les professionnels de majorer la culture de la collaboration. En effet, le fait d'observer l'organisation, le fonctionnement, les éléments facilitateurs et les difficultés du service permet de mieux comprendre, d'améliorer la coopération entre les équipes et de renforcer l'interconnaissance. Aussi, nombreux sont les soignants ayant pratiqué durant plusieurs années uniquement auprès de patients adultes, ou à l'inverse, uniquement auprès de jeunes.

Cette pratique engendre une expertise clinique dans un domaine spécifique mais peut laisser place à des craintes, appréhensions, idées reçues quant à la pratique dans un autre domaine. La notion de stages croisés permettrait d'atténuer les préjugés, de partager des outils de travail et les regards cliniques, d'intensifier davantage les liens entre collègues.

#### 5. Des co-consultations :

Les co-consultations entre les infirmiers référents du patient des deux secteurs sur le lieu de soins d'origine puis dans un second temps sur le futur lieu de soins peut également être une modalité à projeter pour la totalité des relais envisagés. En effet, cette pratique qui se déploie dans les soins somatiques plus particulièrement pour les patients chroniques, permettrait au jeune patient de ne pas ressentir la transition vers les soins adulte de manière brutale et lui permettrait de créer un lien progressif avec son futur infirmier référent. L'organisation des co-consultations peut représenter une organisation parfois difficile pour les soignants, mais offre une réelle opportunité d'approche holistique autour de la santé du patient. Elle permet de placer le patient comme acteur dans son parcours de soins, favorise la transparence des échanges et évite au patient de répéter plusieurs fois des données le concernant parfois délicates à aborder. La co-consultation peut représenter un exercice complexe pour les professionnels puisque non ancrée dans les pratiques habituelles jusqu'à présent, mais les retentissements bénéfiques pour le patient et les équipes seront immédiats.

#### 6. Un « aller vers » le patient :

Une étude qualitative Belge (Monforti, 2019) concernant la transition des soins en santé mentale pour les jeunes de 16 à 23 ans révèle l'importance de l'intervention d'une équipe mobile autour du jeune lors de cette période. En réalité, le déploiement croissant des équipes mobiles, en particulier auprès des adolescents, vise principalement à intervenir dans le champ de situations complexes. L'importance du terme « complexe » est à préciser, car il ne renvoie pas à la difficulté de la situation, mais à la multidisciplinarité des professionnels nécessaires autour du jeune patient. Cette méthode unique de prise en soins encourage une approche proactive en vue de prévenir les interruptions de soins, renforçant ainsi la cohérence tout au long de parcours de soins du patient en lui offrant la possibilité de le rencontrer dans un environnement significatif de son parcours de vie. Les objectifs principaux de cette prise en soins extrahospitalière sont d'intensifier les soins, réduire ainsi le nombre d'hospitalisations, améliorer les relais avec les secteurs adultes.

Les missions des équipes mobiles pourraient s'étendre à l'accompagnement des jeunes en transition vers les soins adultes, et dans un idéal seraient composées de professionnels venant de PEA et de secteur adulte. Ainsi, la transition vers les soins adultes serait progressive, pour le jeune et son entourage familial.

### 7. Une place pour l'entourage familial :

Il peut sembler paradoxal d'impliquer la famille au centre des soins du jeune pendant cette période de transition graduelle vers l'indépendance, mais cette situation peut avoir un impact quant à la systémie familiale. En effet, la famille est très souvent sollicitée au cours des soins en PEA, et le relai envisagé vers les soins adultes peut laisser place à des craintes, des questionnements et le sentiment partagé avec leur enfant « d'abandon ». Une étude met en avant le fait que les parents et les jeunes vivent des pertes importantes, tant sur le plan concret que symbolique autour de la transition des soins, et que ces dernières représentent une menace à leur identité et à leurs appartenances.(Champagne et al., 2016). En effet, les parents sont généralement impliqués lors de chaque transition de leur enfant, que ce soit pour l'orientation scolaire, les choix des établissements ou d'autres moments clés de leur parcours de vie. Les familles ressentent également des difficultés d'adaptation à des milieux dont la culture est différente.(Beresford, 2013) .La notion de relai envisagé vers les soins adultes est évoquée et ce projet est organisé en PEA avec le patient et sa famille. Or, en CMP adulte, la famille est généralement moins souvent incluse spontanément dans les soins adultes, sauf dans des situations nécessitant des hospitalisations sous contraintes. Un rendez-vous en amont de la transition avec le psychiatre du CMP adulte, le jeune et sa famille permettrait de poursuivre naturellement l'implication du soutien familial au cœur des soins. L'IPA pourrait alors organiser et coordonner ces rencontres en représentant pour le jeune et sa famille un interlocuteur privilégié.

### 8. La pair aideance :

La pair aideance implique la notion de partage d'acquis par l'expérience auprès d'un pair ayant vécu la même situation. C'est un accompagnement qui vise une meilleure compréhension et qui tend vers la promotion du rétablissement. L'entraide est mutuelle et les échanges réciproques. Cette démarche est une opportunité supplémentaire pour le pair aidant de renforcer son empowerment (capacité à prendre le contrôle, pouvoir d'agir) en étant acteur au sein de son propre parcours de soins.

Aussi, à la suite de ces échanges, on peut observer une réduction de la stigmatisation et de l'anxiété anticipée chez le jeune patient bénéficiaire. Enfin, l'influence du pair aidant peut apporter une augmentation du niveau de confiance, et peut être source d'élaboration de projet de vie. Cette approche représente pour le jeune aidé un soutien supplémentaire et pourrait être intégrée dans un projet de soins individualisé.

## 9. La qualité des soins :

Le dossier du patient est un outil permettant de recueillir des informations d'ordre administratives, paramédicales ou médicales. Il veille à ce que chaque étape entreprise soit documentée sans faille. Il facilite la communication, la coordination des soins et des interventions ainsi que le partage d'informations entre les divers intervenants impliqués dans la prise en soins. Il permet de suivre et de comprendre le parcours médical du patient, jouant ainsi un rôle essentiel quant à la qualité des soins en assurant leur continuité. Ainsi, il ne serait pas négligeable de formaliser avec le DIM, dans le dossier du patient informatisé ; une mention spécifiant que le patient est concerné par cette période de transition des soins vers l'adulte. Aussi, en vue d'optimiser davantage la qualité des soins, le renseignement des diagnostics est un élément pouvant faire l'objet d'une sensibilisation auprès de tous les professionnels concernés. Enfin, une évaluation auprès des patients et de leur famille concernant la qualité des relais effectués pourrait être envisagée quelques mois après leur début de prise en soins chez l'adulte via un questionnaire de satisfaction qui pourrait être élaboré en équipe, dans le cadre d'un groupe de travail d'analyse de pratiques professionnelles, animé par l'IPA.

## 10. Un support supplémentaire pour le patient

Plusieurs outils comme le plan de prévention partagé, les techniques d'ancrage entre autres sont proposées au patient lors d'une prise en soins en PEA en vue de lui proposer un support supplémentaire pouvant l'aider à prévenir et à mieux gérer d'éventuels moments de crise. Cependant, cette période délicate que représente la transition des soins pour le patient peut majorer son sentiment de fragilité. De plus, cette étape peut parfois être marquée par un délai sans soins. Il a été constaté que de nombreux adolescents et jeunes adultes utilisent au quotidien un « Bullet journal ». Ce dernier est un système basé sur un carnet personnalisable permettant de simplifier la gestion des tâches et d'externaliser la mémoire pour se concentrer sur des objectifs fixés. Aussi, le Bullet journal a l'avantage d'avoir une personnalisation à l'infinie, d'améliorer son organisation personnelle et de croître le développement personnel.

Enfin, il repose sur trois principes fondamentaux : garder une trace du passé, organiser le présent (via la rédaction d'écrits personnels, la création d'une liste de tâches, de notifier un planning ou des rendez-vous) et prévoir le futur (planifier des objectifs, des événements). A l'ère où la technologie se déploie, il pourrait être envisagé pour l'IPA d'élargir davantage les types de collaborations et de travailler avec des étudiants ou professionnels en école supérieure spécialisée dans le domaine de l'informatique ou de l'animation. En effet, le projet commun pourrait être de développer une application personnalisable pouvant contenir toutes les données personnelles que le patient souhaite inclure et toutes les ressources pouvant être ainsi rapidement disponibles en cas de besoin (rappel des rendez-vous, numéros utiles en cas d'idéations suicidaires, exercices de cohérence cardiaque entre autres).

### 11. « Déconstruire pour mieux reconstruire » :

La déconstruction dans le domaine des soins est une démarche organisationnelle qui consiste à remettre en question les croyances, les valeurs et les schémas de pensée. Cela peut signifier remettre en cause les normes établies, les protocoles rigides et les habitudes de travail. En déconstruisant, les professionnels de santé peuvent se libérer des limites et des contraintes qui entravent leur pratique. Ils ont ainsi l'opportunité d'explorer de nouvelles approches, de remettre en question leurs méthodes utilisées jusque-là et de s'ouvrir à des solutions innovantes. La déconstruction permet de remettre en question les routines et habitudes établies. Elle offre la possibilité de se libérer des schémas de pensée limitants et de construire une pratique plus épanouissante et centrée sur le patient. La reconstruction est une période durant laquelle les professionnels peuvent bâtir une pratique plus authentique et alignée avec les valeurs et appétences personnelles ainsi que professionnelles. Ainsi, les soignants peuvent adopter des technologies émergentes et élargir leurs collaborations avec d'autres professionnels pour créer des approches plus efficaces au bénéfice du patient. Dans cette perspective, le rôle de l'IPA émerge comme pouvant être moteur au cœur de ces réflexions professionnelles.

## Conclusion :

L'objectif principal de cette étude était de réaliser un état des lieux quant au nombre de patients en rupture de soins durant la transition des soins vers l'adulte. Parmi cet échantillon de patients, aucun n'a été en rupture de soins lors de cette étape délicate. Néanmoins, les méthodes actuellement non standardisées laissent des opportunités d'amélioration des pratiques professionnelles. L'objectif secondaire de cette étude était d'établir une corrélation entre la rupture de soins et certaines pathologies, permettant ainsi de repérer les facteurs de risque de non-transition des soins de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte. N'ayant pas eu de rupture de soins constatée, il n'a pas été réalisable de répondre à ce dernier. Cependant, cette étude a permis de mettre en avant l'intérêt de l'intervention d'une infirmière en pratique avancée durant cette étape à risque de rupture dans la continuité de soins.

D'une manière générale, il existe un besoin continu de recherche sur la transition des soins en vue de pouvoir comprendre les meilleures pratiques, évaluer l'efficacité des interventions, identifier les axes d'amélioration potentiels et plus particulièrement dans le domaine de la santé mentale. Dans ce contexte, le rôle de l'IPA aurait un intérêt tout particulier par ses compétences élargies et son souhait de prise en soin holistique du patient.

Au sein des unités pédiatriques prenant en soin des jeunes atteints de pathologies chroniques, la transition vers les soins adultes est protocolisée parce qu'elle relève malheureusement d'une évidence quant à la nécessité de continuité des soins. La difficulté qui s'impose en santé mentale chez l'adolescent, est la difficulté d'établir un diagnostic franc, de se projeter concernant l'évolution de l'état psychique de ce dernier. En effet, les diverses étapes que relèvent l'adolescence, comme son évolution physique, cognitive, psychologique, des défis pouvant se présenter à lui et entraver son parcours de santé, de vie et de soins, ne permettent pas toujours d'obtenir une certitude quant à l'évolution de sa santé psychique.

Aussi, l'adolescent et sa famille présentent des niveaux de maturité, de réflexion et d'acceptation variables en ce qui concerne leur engagement dans une nouvelle relation thérapeutique, il est nécessaire de les soutenir dans ce processus de transition.

L'analyse des diagnostics posés en PEA, en lien avec les données de la littérature nous permettent d'affiner notre sensibilité quant aux probables évolutions, aux comorbidités possibles et de pouvoir adopter ainsi une vigilance toute particulière. Aussi, les protocoles, dispositifs et outils déjà établis autour de la transition des soins dans le domaine des pathologies chroniques somatiques et le projet européen Milestone, sont source d'inspiration pour nos projets futurs. Aussi, la continuité des soins et les conditions de transition de soins optimales

représentent un intérêt majeur pour le patient et sont en adéquation avec les recommandations de la HAS et du PTSM.

La projection des actions de l'infirmière en pratique avancée est multiple. Aussi, la méta disciplinarité et le lever de quelques barrières institutionnelles pourraient prendre naissance. Enfin, l'espérance de vie étant en constante évolution ces dernières années, parallèlement aux pathologies chroniques nécessitent une intervention précoce auprès des jeunes. Cette dernière est essentielle en vue de réduire le risque de développement de troubles mentaux à l'âge adulte. Ces préoccupations convergent vers la notion d'enjeu de santé publique, qui vise à promouvoir la santé de l'ensemble de la population.

Prenons soin de nos jeunes d'aujourd'hui, car ils seront les aînés de demain.

# Bibliographie

- 2 Définitions de l'adolescence. (2016). In *L'adolescence en poche* (p. 27-48). Érès.  
<https://www.cairn.info/l-adolescence-en-poche--9782749249780-p-27.htm>
- Accueil | ANMDA.* (s. d.). Consulté 18 mai 2024, à l'adresse <https://anmda.fr/>
- Alcool.* (s. d.). Consulté 24 mars 2024, à l'adresse  
<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool>
- Allen, J., Balfour, R., Bell, R., & Marmot, M. (2014). Social determinants of mental health. *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)*, 26(4), 392-407.  
<https://doi.org/10.3109/09540261.2014.928270>
- Arboleda-Flórez, J., & Stuart, H. (2012). From Sin to Science : Fighting the Stigmatization of Mental Illnesses. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 457-463.  
<https://doi.org/10.1177/070674371205700803>
- Arsenault, M., Goupil, G., & Poirier, N. (2016). Perceptions de la transition vers la vie adulte d'adolescents et de jeunes adultes ayant un trouble du spectre de l'autisme. *Revue de psychoéducation*, 45(1), 25-40. <https://doi.org/10.7202/1039156ar>
- Article L312-16—Code de l'éducation—Légifrance.* (s. d.). Consulté 23 mai 2024, à l'adresse  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043982349](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043982349)
- Asherson, P. (2005). Clinical assessment and treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 5(4), 525-539.  
<https://doi.org/10.1586/14737175.5.4.525>
- Atger, F., Lamas, C., Vulliez-Coady, L., & D'Arrêt, T. (s. d.). *L'ATTACHEMENT, UN LIEN REVISITÉ À L'ADOLESCENCE.*
- Bacquerie, M. (2014). À l'écoute des amours adolescentes. *L'école des parents*, 606(1), 4-5.  
<https://doi.org/10.3917/epar.606.0004>
- Baier, V., & Ferrari, P. (s. d.). *Enseignements tirés des soins psychiatriques.*
- Balleys, C. (2017). 7. L'adolescent et les médias sociaux. In *Troubles psychiques et comportementaux de l'adolescent* (p. 67-75). Lavoisier.  
<https://doi.org/10.3917/lav.duver.2017.01.0067>
- Beck, F., Nguyen-Thanh, V., Richard, J.-B., & Renahy, É. (2013). Usage d'internet : Les jeunes, acteurs de leur santé ? *Agora débats/jeunesses*, 63(1), 102-112.  
<https://doi.org/10.3917/agora.063.0102>
- Benoit, J.-P., & Moro, M. R. (2016). Évolution des états limites de l'adolescence à l'âge adulte. *L'information psychiatrique*, 92(2), 137-142. <https://doi.org/10.1684/ipe.2016.1449>
- Benoit, J.-P., Smadja, R., Benyamin, M., & Moro, M.-R. (2011). Construire une relation de soins avec les adolescents. Qu'apporte le nouveau dispositif des Maisons des adolescents ?

*Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 59(2), 86-93.

<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2010.07.007>

Beresford, B. A. (2013). *Making a difference for young adult patients* [Monograph]. Together for Short Lives. <https://eprints.whiterose.ac.uk/76798/>

Biederman, J. (2004). Impact of comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65 Suppl 3, 3-7.

Bingham, C. R., & Crockett, L. J. (1996). Longitudinal adjustment patterns of boys and girls experiencing early, middle, and late sexual intercourse. *Developmental Psychology*, 32(4), 647-658. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.32.4.647>

Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B., & Hale, N. (2004). Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder : Prevalence, Risk Factors, Prediction, and Prevention. *Journal of Personality Disorders*, 18(3), 226-239. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.3.226.35445>

Bon, L., Lesur, A., Hamel-Desbruères, A., Gaignard, D., Abadie, P., Moussaoui, E., Guillery-Girard, B., Guérolé, F., & Baleyte, J.-M. (2016). Cognition sociale et autisme : Bénéfices de l'entraînement aux habiletés sociales chez des adolescents présentant un trouble du spectre de l'autisme. *Revue de neuropsychologie*, 8(1), 38-48. <https://doi.org/10.1684/nrp.2016.0371>

Brival, M.-L. (2013). La question de la sexualité chez les adolescents. In *Les enjeux du développement de l'enfant et de l'adolescent* (p. 201-212). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.bauby.2013.01.0201>

Cailhol, L., Pelletier, É., Rochette, L., Laporte, L., David, P., Villeneuve, É., Paris, J., & Lesage, A. (2017). Prevalence, Mortality, and Health Care Use among Patients with Cluster B Personality Disorders Clinically Diagnosed in Quebec : A Provincial Cohort Study, 2001-2012. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(5), 336-342. <https://doi.org/10.1177/0706743717700818>

Cannard, C. (2019). Chapitre 9. Le développement social à l'adolescence : Relations aux pairs. In *Le développement de l'adolescent: Vol. 3e éd.* (p. 269-299). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.canna.2019.01.0269>

Catry, C., & Marcelli, D. (2010). 6. Dépression de l'adolescent. In *Les états dépressifs* (p. 49-59). Lavoisier. <https://www.cairn.info/les-etats-depressifs--9782257204073-p-49.htm>

*C'est quoi une Maison des adolescents ? | Fil santé jeunes.* (2011, octobre 3). <https://www.filsantejeunes.com/cest-quoi-une-maison-des-adolescents-6710>

Chabrol, H. (2011a). Troubles dépressifs. In *Traité de psychopathologie clinique et thérapeutique de l'adolescent* (p. 107-174). Dunod. <https://www.cairn.info/traité-de-psychopathologie-clinique-et-therapeutiq--9782100549900-p-107.htm>

Chabrol, H. (2011b). Troubles liés aux substances psychoactives. In *Traité de psychopathologie clinique et thérapeutique de l'adolescent* (p. 281-336). Dunod. <https://www.cairn.info/traité-de-psychopathologie-clinique-et-therapeutiq--9782100549900-p-281.htm>

Champagne, M., Mongeau, S., & Côté, S. (2016). Analyse des logiques d'action de familles autour de la transition aux soins adultes de leur enfant atteint d'une condition chronique

complexe grave. *Enfances Familles Générations. Revue interdisciplinaire sur la famille contemporaine*, 24, Article 24. <https://journals.openedition.org/efg/967>

Chavanne, A. V., Paillère Martinot, M. L., Penttilä, J., Grimmer, Y., Conrod, P., Stringaris, A., van Noort, B., Isensee, C., Becker, A., Banaschewski, T., Bokde, A. L. W., Desrivières, S., Flor, H., Grigis, A., Garavan, H., Gowland, P., Heinz, A., Brühl, R., Nees, F., ... Artiges, E. (2023). Anxiety onset in adolescents : A machine-learning prediction. *Molecular Psychiatry*, 28(2), 639-646. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01840-z>

Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, & Collège universitaire national des enseignants en addictologie (Éds.). (2021). *Référentiel de psychiatrie et addictologie : Psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie* (3e éd). Presses universitaires François-Rabelais.

Corrigan, P. W. (2014). *The Stigma of Disease and Disability : Understanding Causes and Overcoming Injustices*. American Psychological Association.

Cottin, P. (2013). Les Maisons des adolescents. Un lieu pour prendre soin des adolescents. *VST - Vie sociale et traitements*, 119(3), 62-67. <https://doi.org/10.3917/vst.119.0062>

Crocq, M.-A., & Guelfi, J.-D. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd). Elsevier Masson.

*De patient pédiatrique à patient adulte : Le rôle clé de l'infirmier dans la transition*. (s. d.). Infirmiers.com. Consulté 19 octobre 2023, à l'adresse <https://www.infirmiers.com/profession-ide/de-patient-pediatrique-patient-adulte-le-role-cle-de-linfirmier-dans-la-transition>

Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale, 2017-1200 (2017).

Décret n° 2022-1263 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de psychiatrie, 2022-1263 (2022).

Delage, M. (2008). L'attachement à l'adolescence. Applications thérapeutiques. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 40(1), 79-97. <https://doi.org/10.3917/ctf.040.0079>

de Marneffe, E., & Lambotte, I. (2023). Adolescence et santé mentale, quand les réseaux sociaux s'en mêlent... Le cas du cyber-harcèlement. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 71(2), 63-79. <https://doi.org/10.3917/ctf.071.0063>

*Dossier complet – Commune de Roubaix (59512) | Insee*. (s. d.). Consulté 12 mai 2024, à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-59512>

*Dossier complet – Région des Hauts-de-France (32) | Insee*. (s. d.). Consulté 12 mai 2024, à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=REG-32>

DUMAS, L.-E., KLEIN, A., BUCHOUL, H., JANNY, M. F., & LARDINOIS, M. (2021). Les CMP pour enfants et adolescents : Une enquête nationale de l'AJPJA. *ENFANCES & PSY*, (88), 66-75.

*Échelle de maturité de Tanner.* (2015, mai 5). [infoSport]. rts.ch.  
<https://www.rts.ch/decouverte/sante-et-medecine/corps-humain/la-puberte/6756702-echelle-de-maturite-de-tanner.html>

Elkind, D. (1984). *All Grown Up and No Place to Go*. Da Capo Press.  
<https://www.biblio.com/book/all-grown-up-place-go-elkind/d/1299719062>

*Étude « EnCLASS » : Dégradation de la santé mentale des jeunes entre 2018 et 2022.* (2024, avril 16). <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/etude-enclass-degradation-de-la-sante-mentale-des-jeunes-entre-2018-et-2022>

*Évaluation du fonctionnement des Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), des Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), et des Centres médico-psychologiques de psychiatrie infanto-juvénile (CMP-IJ).* (s. d.). Consulté 18 mai 2024, à l'adresse <https://www.igas.gouv.fr/Evaluation-du-fonctionnement-des-Centres-d-action-medico-sociale-precoce-CAMSP.html>

Fauré, M.-L. (2017). « Je te kiffe ». *Empan*, 105(1), 55-57.  
<https://doi.org/10.3917/empa.105.0055>

*Fédération des CMPP.* (s. d.). Consulté 18 mai 2024, à l'adresse <https://www.fdcmpp.fr/>

Ferrie, J., Miller, H., & Hunter, S. C. (2020). Psychosocial outcomes of mental illness stigma in children and adolescents : A mixed-methods systematic review. *Children and Youth Services Review*, 113, 104961. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.104961>

Gerardin, P., & Stheneur, C. (2021). Maladies chroniques—S'appuyer sur les enjeux de l'adolescence pour une transition réussie vers les services pour adultes. *médecine/sciences*, 37(8-9), Article 8-9. <https://doi.org/10.1051/medsci/2021113>

Giedd, J. (s. d.). *Maturation du cerveau adolescent.*

Giraud, P., Fortanier, C., Fabre, G., Ghariani, J., Guillermain, Y., Rouviere, N., Chabrol, B., Jouve, J.-L., & Simeoni, M.-C. (2013). Tentatives de suicide : Étude descriptive d'une cohorte de 517 adolescents de moins de 15 ans et 3 mois. *Archives de Pédiatrie*, 20(6), 608-615.  
<https://doi.org/10.1016/j.arcped.2013.03.024>

Goffman, E. (2009). *Stigma : Notes on the Management of Spoiled Identity*. Simon and Schuster.

Gray, W. N., Schaefer, M. R., Resmini-Rawlinson, A., & Wagoner, S. T. (2018). Barriers to Transition From Pediatric to Adult Care : A Systematic Review. *Journal of Pediatric Psychology*, 43(5), 488-502. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsx142>

Habets, I. (2014). Liens d'attachement à l'adolescence, une inscription dans le temps et dans l'espace de la famille et de la société. *Thérapie Familiale*, 35(3), 311-327.  
<https://doi.org/10.3917/TF.143.0311>

Halpern, C. (2013). Histoire de la folie à l'âge classique. In *Pensées rebelles* (p. 41-46). Éditions Sciences Humaines. <https://doi.org/10.3917/sh.colle.2013.02.0041>

Hare, T. A., Tottenham, N., Galvan, A., Voss, H. U., Glover, G. H., & Casey, B. J. (2008). Biological substrates of emotional reactivity and regulation in adolescence during an

emotional go-nogo task. *Biological psychiatry*, 63(10), 927-934.  
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.03.015015>

Hedley, D., & Young, R. (2006). Social comparison processes and depressive symptoms in children and adolescents with Asperger syndrome. *Autism*, 10(2), 139-153.  
<https://doi.org/10.1177/1362361306062020>

*Histoire de l'adolescence* | Belin éditeur. (s. d.). Consulté 12 mai 2024, à l'adresse  
<https://www.belin-editeur.com/histoire-de-ladolescence>

Holzer, L., Halfon, O., & Thoua, V. (2011). La maturation cérébrale à l'adolescence. *Archives de Pédiatrie*, 18(5), 579-588. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2011.01.032>

Inhelder, B., & Piaget, J. (1955). *De la logique de l'enfant à la logique de l'adolescent. [From the logic of the child to the logic of the adolescent.]* (p. 314). Presses Universitaires de France.

Jessor, R. (1998). New perspectives on adolescent risk behavior. In R. Jessor (Éd.), *New Perspectives on Adolescent Risk Behavior* (p. 1-10). Cambridge University Press.  
<https://doi.org/10.1017/CBO9780511571138.002>

Kandel, D. B., Johnson, J. G., Bird, H. R., Weissman, M. M., Goodman, S. H., Lahey, B. B., Regier, D. A., & Schwab-stone, M. E. (1999). Psychiatric Comorbidity Among Adolescents With Substance Use Disorders : Findings From the MECA Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(6), 693-699.  
<https://doi.org/10.1097/00004583-199906000-00016>

L'Adolescence : Une période de changements. (s. d.). *Cabinet Psy-enfant*. Consulté 29 avril 2024, à l'adresse <https://psy-enfant.fr/adolescence-puberte-psychologie-histoire/>

Laffont, I. (2015). Le TDAH chez l'adulte et ses comorbidités. Discussion à partir d'un cas clinique d'addiction au Tramadol. *Psychotropes*, 21(4), 27-40.  
<https://doi.org/10.3917/psyt.214.0027>

Le Ny, J.-F. (1986). Vygotski (L.S.). —Pensée et langage. Traduction de Françoise Sève. Paris, Editions sociales, 1985, 419 p. *Bulletin de psychologie*, 39(376), 730-732.

Legleye, S., Janssen, E., Beck, F., Chau, N., & Khlat, M. (2011). Social gradient in initiation and transition to daily use of tobacco and cannabis during adolescence : A retrospective cohort study. *Addiction (Abingdon, England)*, 106(8), 1520-1531. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03447.x>

*Les établissements de santé—Édition 2016* | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (s. d.). Consulté 2 mai 2024, à l'adresse  
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/panoramas-de-la-drees/les-etablissements-de-sante-edition-2016>

Les maladies psychiatriques et les troubles du comportement. (s. d.). *Fédération pour la Recherche sur le Cerveau (FRC)*. Consulté 2 mai 2024, à l'adresse  
<https://www.frcneurodon.org/comprendre-le-cerveau/le-cerveau-malade-et-ses-maladies-neurologiques/les-maladies-psychiatriques-et-les-troubles-du-comportement/>

- M, D. (2014, septembre 3). Développement neuropsychique de l'adolescent : Les étapes à connaître. *Réalités Pédiatriques*. <https://www.realites-pediatriques.com/developpement-neuropsychique-de-ladolescent-les-etapes-a-connaître/>
- Main, M., & Solomon, J. (1990). *Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation*. <https://www.semanticscholar.org/paper/Procedures-for-identifying-infants-as-disorganized-Main-Solomon/e939656a1887810fd64853991c43481d064c500b>
- Maisons des adolescents (MDA) | solidarites.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités*. (2017, mai 30). <https://solidarites.gouv.fr/maisons-des-adolescents-mda>
- Manque de moyens matériels, humains et financiers en pédopsychiatrie*. (2023, avril 13). Sénat. <https://www.senat.fr/questions/base/2023/qSEQ230406305.html>
- Marcelli, D. (2004). 81. La dépression chez l'enfant: In *Quadrige* (p. 1437-1461). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.diatk.2004.01.1437>
- Meleis, A. (s. d.). *Transitions Theory : Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*.
- Mellerio, H., Jacquin, P., & Roux, E. L. (2021). Accompagner la transition des jeunes avec une maladie chronique—Rôle des plateformes. *médecine/sciences*, 37(10), Article 10. <https://doi.org/10.1051/medsci/2021114>
- Miller, A. L., Muehlenkamp, J. J., & Jacobson, C. M. (2008). Fact or fiction : Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 969-981. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.02.004>
- Monforti, A. (2019). *Comment s'organise la transition des soins de santé mentale pour les personnes âgées de 16 à 23 ans en Belgique francophone ?*
- Narring, F., Mabika, H., Haller, D. M., & Chandra-Mouli, V. (2008). Réseau de soins de premier recours : Un atout pour la santé des adolescents et jeunes adultes. *Rev Med Suisse*, 172(34), 2048-2053.
- Nesi, J., Choukas-Bradley, S., & Prinstein, M. J. (2018). Transformation of Adolescent Peer Relations in the Social Media Context : Part 1-A Theoretical Framework and Application to Dyadic Peer Relationships. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 21(3), 267-294. <https://doi.org/10.1007/s10567-018-0261-x>
- Odier, B. (2016). L'odyssée des centres médico-psychologiques : Penser le futur. *L'information psychiatrique*, 92(7), 527-534. <https://doi.org/10.1684/ipe.2016.1513>
- Ouakil, D. (s. d.). *Le projet Milestone*.
- Paillère Martinot, M.-L. (2009). Recherche en neuroimagerie et adolescence. *Adolescence*, T. 27 3(3), 733-744. <https://doi.org/10.3917/ado.069.0733>
- Piccand, L. (2015). Mesurer la puberté. La médicalisation de l'adolescence, Suisse 1950-1970. *Travail, genre et sociétés*, 34(2), 57-72. <https://doi.org/10.3917/tgs.034.0057>
- Pierard, A. (2018). *CONSTRUCTION DE SOI ET GROUPE DE PAIRS : QUEL LIEN ENTRE CES DEUX ÉLÉMENTS PHARES DE L'ADOLESCENCE ?*

Pomarède, R., Jeammet, P., Tran, B., Tallec, A., Arwidson, P., Beck, F., Zins, M., Goldberg, M., Charles, M.-A., Dupin, N., Idtaleb, L., Roussey, M., Conversy, L., Foll, J. L., Guedeney, A., Bourg, C., Baudier, P., Bloch, J., Plaisance, E., ... publique), H. (Haut C. de la santé. (2014). La santé : Un capital en construction dès l'enfance. Dossier. *Actualité et Dossier en Santé Publique. ADSP, N°86*, 9-57.

Pourrat, A. (2023). Transition dans le soin aux adolescents, de la pédopsychiatrie à la psychiatrie de l'adulte. Une clinique du passage. *L'information psychiatrique*, 99(1), 51-55. <https://doi.org/10.1684/ipe.2023.2538>

*Programme « psychiatrie et santé mentale » de la HAS.* (s. d.). Haute Autorité de Santé. Consulté 9 mai 2024, à l'adresse [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1721760/fr/programme-psychiatrie-et-sante-mentale-de-la-has](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1721760/fr/programme-psychiatrie-et-sante-mentale-de-la-has)

Quantin, L., & Benoit, J.-P. (2020). Le CMP aujourd'hui : Atouts, écueils et perspectives. *Enfances & Psy*, 88(4), 43-55. <https://doi.org/10.3917/ep.088.0043>

Ramos, E. (2011). Le processus d'autonomisation des jeunes. *Cahiers de l'action*, 31(1), 11-20. <https://doi.org/10.3917/cact.031.0011>

*RéPPOP Bourgogne Franche Comté : Prévention de l'obésité pédiatrique.* (s. d.). Consulté 10 mai 2024, à l'adresse <https://www.reppop-bfc.com/>

Richard-Mornas, A. (2015). *RETARD MENTAL : Définition. 18.*

Rivière, P. (2014, février 6). Conduites addictives chez les adolescents—Une expertise collective de l'Inserm. *Salle de presse de l'Inserm*. <https://presse.inserm.fr/conduites-addictives-chez-les-adolescents-une-expertise-collective-de-linserm/11035/>

Rochex, J.-Y. (2017). Vygotski : Une conception dialectique du développement. *La Pensée*, 391(3), 50-64. <https://doi.org/10.3917/lp.391.0050>

Rousseau, J.-J. (s. d.). *Émile ou De l'éducation de Jean-Jacques Rousseau—Editions Flammarion*. Consulté 12 mai 2024, à l'adresse <https://editions.flammarion.com/emile-ou-de-l-education/9782081206922>

Royant-Parola, S., Londe, V., Tréhout, S., & Hartley, S. (2018). Nouveaux médias sociaux, nouveaux comportements de sommeil chez les adolescents. *L'Encéphale*, 44(4), 321-328. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2017.03.009>

*Santé des adolescents.* (s. d.). Consulté 22 mars 2024, à l'adresse <https://www.who.int/fr/health-topics/adolescent-health>

*Santé mentale.* (s. d.). Consulté 14 octobre 2023, à l'adresse <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale>

*Santé mentale des adolescents : Santé publique France rediffuse et renforce sa campagne #JenParleA.* (s. d.). Consulté 30 avril 2024, à l'adresse <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2022/sante-mentale-des-adolescents-sante-publique-france-rediffuse-et-renforce-sa-campagne-jenparlea>

Savalli, J. (s. d.). *Centre médico-psychologique (CMP)*. <https://www.psycom.org/>. Consulté 15 mars 2024, à l'adresse <https://www.psycom.org/sorienter/le-dictionnaire-des-lieux/centre-medico-psychologique-cmp/>

Schandrin, A., Boulenger, J.-P., Batlaj-Lovichi, M., & Capdevielle, D. (2013). Relais entre pédopsychiatrie et psychiatrie d'adulte : Évaluation et propositions. *European Psychiatry*, 28(S2), 65-65. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.172>

Sgambato, G. (2015, octobre 16). La psychiatrie française en revue, etc. : L'étude Milestone vise à améliorer le continuum de prise en charge des adolescents en psychiatrie. *La psychiatrie française en revue, etc.* <https://psyzoom.blogspot.com/2015/10/letude-milestone-vise-ameliorer-le.html>

Signorini, G., Singh, S. P., Marsanic, V. B., Dieleman, G., Dodig-Ćurković, K., Franic, T., Gerritsen, S. E., Griffin, J., Maras, A., McNicholas, F., O'Hara, L., Purper-Ouakil, D., Paul, M., Russet, F., Santosh, P., Schulze, U., Street, C., Tremmery, S., Tuomainen, H., ... MILESTONE Consortium. (2018). The interface between child/adolescent and adult mental health services : Results from a European 28-country survey. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(4), 501-511. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1112-5>

Simon, E. (2012). Stigmate. In *Les concepts en sciences infirmières* (p. 293-295). Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0293>

Singh, S. P., Tuomainen, H., Girolamo, G. de, Maras, A., Santosh, P., McNicholas, F., Schulze, U., Purper-Ouakil, D., Tremmery, S., Franić, T., Madan, J., Paul, M., Verhulst, F. C., Dieleman, G. C., Warwick, J., Wolke, D., Street, C., Daffern, C., Tah, P., ... MILESTONE Consortium. (2017). 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*, 7(10), e016055. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016055>

Steinberg, L. (2014). *Age of opportunity : Lessons from the new science of adolescence* (p. 264). Houghton Mifflin Harcourt.

Suris, J.-C., & Akre, C. (2015). Key Elements for, and Indicators of, a Successful Transition : An International Delphi Study. *Journal of Adolescent Health*, 56(6), 612-618. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.02.007>

Theunis, L. (2024, février 15). Améliorer la continuité de la prise en charge psychiatrique entre l'adolescence et l'âge adulte. *DAILY SCIENCE*. <https://dailyscience.be/15/02/2024/ameliorer-la-continuite-de-la-prise-en-charge-psychiatrique-entre-ladolescence-et-lage-adulte/>

Tissier, C. (2017). *Imagerie cérébrale du développement du contrôle inhibiteur et de son entraînement intensif à l'adolescence* [Phdthesis, Université Sorbonne Paris Cité]. <https://theses.hal.science/tel-03351138>

Toulany, A., Willem Gorter, J., & Harrison, M. E. (2022). Appel à l'action : Des recommandations pour améliorer la transition des jeunes ayant des besoins de santé

complexes vers les soins aux adultes. *Paediatrics & Child Health*, 27(5), 303-309.  
<https://doi.org/10.1093/pch/pxac046>

Transition enfant-adulte. (2020, février 29). *RespiFIL - Filière de santé des maladies respiratoires rares*. <https://respifil.fr/patients/transition-enfant-adulte/>

Tylee, A., Haller, D. M., Graham, T., Churchill, R., & Sanci, L. A. (2007). Youth-friendly primary-care services : How are we doing and what more needs to be done? *Lancet (London, England)*, 369(9572), 1565-1573. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60371-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60371-7)

*Une étude pour mieux comprendre comment les adolescents régulent leurs émotions*. (s. d.). Consulté 5 mai 2024, à l'adresse <https://www.chu-besancon.fr/le-chu/actualites-du-chu/actualite/une-etude-pour-mieux-comprendre-comment-les-adolescents-regulent-leurs-emotions.html>

Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A., & Currie, C. (2012). Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet*, 379(9826), 1641-1652. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60149-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60149-4)

Volkaert, M. (2010). *Des soins institutionnels pédopsychiatriques aux soins institutionnels psychiatriques adultes, quelle transition ? : Réflexions issues de la situation en Loire Atlantique*. [s.n.].

Walburg, V., Zakari, S., & Chabrol, H. (2014). Rôle du *burnout* scolaire dans les idées de suicide des adolescents. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 62(1), 28-32. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2013.08.002>

Walter, M., Gunderson, J. G., Zanarini, M. C., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Yen, S., Stout, R. L., & Skodol, A. E. (2009). New onsets of substance use disorders in borderline personality disorder over 7 years of follow-ups : Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Addiction*, 104(1), 97-103. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02413.x>

Wendland, J., Lebert, A., de Oliveira, C., & Boujut, E. (2017). Liens entre maltraitance pendant l'enfance ou l'adolescence et consommations de substances à risque chez les jeunes adultes. *L'Évolution Psychiatrique*, 82(2), 383-393. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2016.06.011>

Zakari, S., Walburg, V., & Chabrol, H. (2008). Influence de la pression perçue par les lycéens français sur le stress scolaire. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 18(3), 108-112. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2008.06.006>

# Sommaire

Annexe I : Analyses univariées .....	I
Annexe II : Répartition des diagnostics .....	V
Annexe III : Relais envisagés et non envisagés .....	VI
Annexe IV : Analyses descriptives bivariées .....	VII
Annexe V : Motifs de prise en charge en PEA .....	VIII
Annexe VI : Lettre d'information destinée aux patients .....	IX

## Annexe I : Analyses univariées

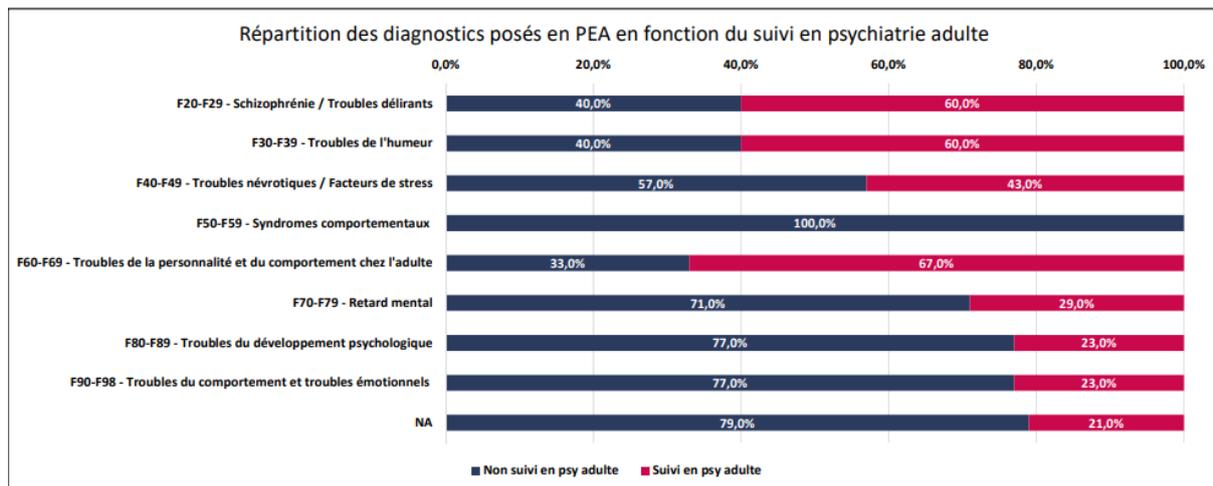
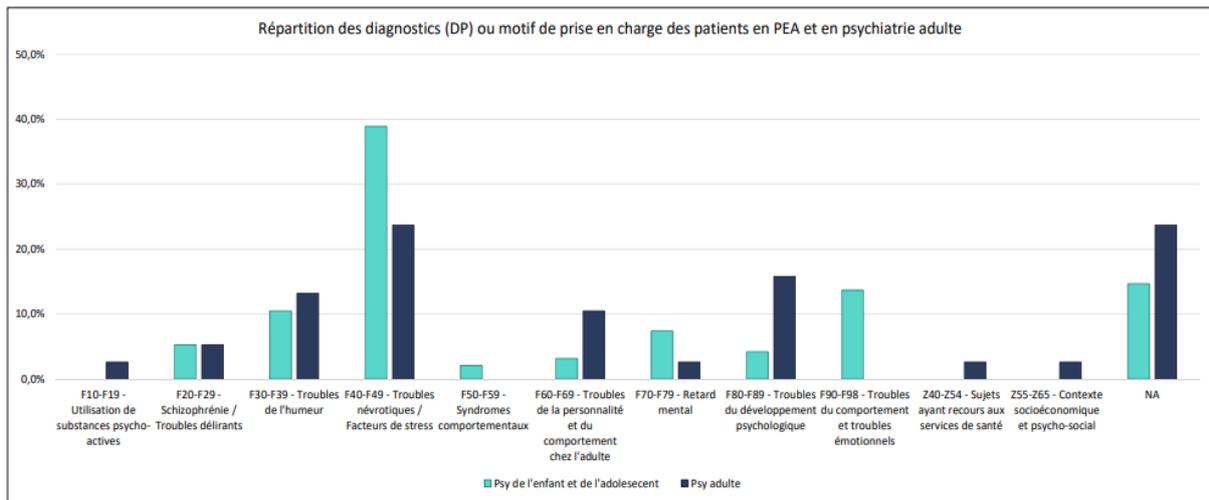
<b>Analyses univariées</b>		<b>N</b>	<b>95</b>
<b>Données sociodémographiques</b>			
<b>Sexe, n (%)</b>		Homme	41 (43.2)
		Femme	54 (56.8)
<b>Age actuel, moy (sd)</b> <i>Min : 22 ; Max : 25 ; Médiane : 23</i>		23.3 (0.75)	
<b>Prise en charge psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent</b>			
<b>Age de début de la prise en charge en PEA, moy (sd)</b> <i>Min : 10 ; Max : 18 ; Médiane : 15</i>		14.7 (1.88)	
<b>Unité de prise en charge PEA, n (%)</b>			
	59I07 CMP ROUBAIX RUE PELLART	2	(2.1)
	59I07 CMP ROUBAIX RUE DE LILLE	1	(1.1)
	59I13 CMP ADOLESCENT ROUBAIX	85	(89.5)
	59I13 CMP WATTRELOS	7	(7.4)
<b>DP CIM 10 en PEA, n (%)</b>			
<b>F20-F29 - Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants</b>		<b>5 (5.3)</b>	
	F23.1 Trouble psychotique aigu polymorphe avec symptômes schizophréniques	1	(1.1)
	F23.8 Autres troubles psychotiques aigus et transitoires	1	(1.1)
	F25.9 Trouble schizo-affectif, sans précision	2	(2.1)
	F29 Psychose non organique, sans précision	1	(1.1)
<b>F30-F39 - Troubles de l'humeur [affectifs]</b>		<b>10 (10.5)</b>	
	F31.0 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel hypomaniaque	1	(1.1)
	F32.1 Episode dépressif moyen	1	(1.1)
	F32.9 Episode dépressif, sans précision	2	(2.1)
	F33.1 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen	1	(1.1)
	F38 Autres troubles de l'humeur [affectifs]	1	(1.1)
	F39 Trouble de l'humeur [affectif], sans précision	4	(4.2)
<b>F40-F49 - Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes</b>		<b>37 (38.9)</b>	
	F40.1 Phobies sociales	5	(5.3)
	F40.2 Phobies spécifiques (isolées)	1	(1.1)
	F40.9 Trouble anxieux phobique, sans précision	2	(2.1)
	F41.9 Trouble anxieux, sans précision	8	(8.4)
	F43.1 Etat de stress post-traumatique	5	(5.3)
	F43.2 Troubles de l'adaptation	4	(4.2)
	F43.22 Réaction mixte, anxieuse et dépressive	1	(1.1)
	F43.25 Troubles de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites	2	(2.1)
	F43.28 Troubles de l'adaptation avec prédominance d'autres symptômes spécifiés	1	(1.1)
	F43.9 Réaction à un facteur de stress sévère, sans précision	1	(1.1)
	F44.8 Autres troubles dissociatifs [de conversion]	1	(1.1)
	F44.9 Trouble dissociatif [de conversion], sans précision	1	(1.1)
	F48.8 Autres troubles névrotiques précisés	3	(3.2)
	F48.9 Trouble névrotique, sans précision	2	(2.1)
<b>F50-F59 - Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques</b>		<b>2 (2.1)</b>	
	F50.8 Autres troubles de l'alimentation	1	(1.1)

F59 Syndromes comportementaux non précisés associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	1 (1.1)
<b>F60-F69 - Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte</b>	<b>3 (3.2)</b>
F60.3 Personnalité émotionnellement labile	1 (1.1)
F60.9 Trouble de la personnalité, sans précision	1 (1.1)
F69 Trouble de la personnalité et du comportement chez l'adulte, sans précision	1 (1.1)
<b>F70-F79 - Retard mental</b>	<b>7 (7.4)</b>
F70 Retard mental léger	1 (1.1)
F70.1 Retard mental léger : déficience du comportement significatif, nécessitant une surveillance ou traitement	1 (1.1)
F70.9 Retard mental léger : sans mention d'une déficience du comportement	1 (1.1)
F71.1 Retard mental moyen : déficience du comportement significatif, nécessitant une surveillance ou traitement	1 (1.1)
F79 Retard mental, sans précision	3 (3.2)
<b>F80-F89 - Troubles du développement psychologique</b>	<b>4 (4.2)</b>
F84.8 Autres troubles envahissants du développement	2 (2.1)
F84.9 Trouble envahissant du développement, sans précision	2 (2.1)
<b>F90-F98 - Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence</b>	<b>13 (13.7)</b>
F90 Troubles hyperkinétiques	2 (2.1)
F91.1 Trouble des conduites, type mal socialisé	1 (1.1)
F91.8 Autres troubles des conduites	1 (1.1)
F91.9 Trouble des conduites, sans précision	1 (1.1)
F92 Troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels	2 (2.1)
F92.8 Autres troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels	1 (1.1)
F93.1 Trouble anxieux phobique de l'enfance	1 (1.1)
F93.9 Trouble émotionnel de l'enfance, sans précision	1 (1.1)
F94.2 Trouble de l'attachement de l'enfance avec désinhibition	1 (1.1)
F98.8 Autres troubles précisés du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence	1 (1.1)
F98.9 Trouble du comportement et trouble émotionnel apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence, sans précision	1 (1.1)
<b>NA</b>	<b>14 (14.7)</b>
<b>DAS CIM 10 en PEA, n (%)</b>	
R44 - Autres symptômes et signes relatifs aux sensations et aux perceptions générales	2 (2.1)
R45 - Symptômes et signes relatifs à l'humeur	4 (4.2)
R46 - Symptômes et signes relatifs à l'apparence et au comportement	5 (5.3)
X60 - Auto-intoxication par des analgésiques, antipyrétiques et antirhumatismaux non opiacés et exposition à ces produits	1 (1.1)
Z00 - Examen général et investigations de sujets ne se plaignant de rien ou pour lesquels aucun diagnostic n'est rapporté	1 (1.1)
Z50 - Soins impliquant une rééducation	2 (2.1)
Z55 - Difficultés liées à l'éducation et l'alphabétisation	2 (2.1)
Z61 - Difficultés liées à une enfance malheureuse	4 (4.2)
Z62 - Autres difficultés liées à l'éducation	1 (1.1)
Z63 - Autres difficultés liées à l'entourage immédiat, y compris la situation familiale	6 (6.3)
Z65 - Difficultés liées à d'autres situations psycho-sociales	3 (3.2)

Z71 - Sujets en contact avec les services de santé pour d'autres conseils et avis médicaux, non classés ailleurs	1 (1.1)
Z75 - Difficultés liées aux installations médicales et autres soins de santé	1 (1.1)
Z91 - Antécédents personnels de facteurs de risque, non classés ailleurs	17 (17.9)
NA	45 (47.4)
<b>Relais vers une PEC adulte envisagé, n (%)</b>	
Oui	14 (14.7)
Non	81 (85.3)
<b>Durée de prise en charge en PEA (en mois), moy (sd)</b> <i>Min : 1 ; Max : 87 ; Médiane : 27</i>	32.0 (25.7)
<b>Prise en charge psychiatrie adulte</b> <i>Pour les 39 patients concernés</i>	
<b>Patients concernés par une prise en charge en psychiatrie adulte, n (%)</b>	
Oui	39 (41.1)
Non	54 ( 58.9)
<b>Délai entre la fin de prise en charge en PEA et la prise en charge en psy adulte (en mois), moy (sd)</b> <i>Min : 0 ; Max : 64 ; Médiane : 7</i>	18.7 (21.6)
<b>Suivi libéral, n (%)</b>	
Oui	1 (2.6)
Non	38 (97.4)
<b>Unité de prise en charge adulte, n (%)</b> <i>Pour les 38 patients concernés</i>	
CMP G12	7 (18.4)
CMP G13	10 (26.3)
CMP G14	6 (15.8)
CMP G15	5 (13.2)
CMP G24	1 (2.6)
Hospi (G14)	3 (7.9)
Hospi CAPI (G12)	2 (5.3)
Hospi CAPI (G13)	1 (2.6)
Hospi CAPI (G14)	2 (5.3)
HOSPI CAPI (G14)	1 (2.6)
<b>Durée de prise en charge en psy adulte (en mois), moy (sd)</b> <i>Pour les 15 patients pour lesquels la PEC est terminée et &gt; 1 mois</i> <i>Min : 1 ; Max : 57 ; Médiane : 17</i> <i>5 patients avec suivi &lt; 1 mois</i> <i>9 patients toujours suivis</i>	19.5 (16.7)
<b>DP CIM 10 adulte, n (%)</b>	
<b>F10-F19 - Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives</b>	<b>1 (2.6)</b>
F19.9 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives, sans précision	1 (2.6)
<b>F20-F29 - Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants</b>	<b>2 (5.3)</b>
F22.8 Autres troubles délirants persistants	1 (2.6)
F25.1 Trouble schizo-affectif, type dépressif	1 (2.6)
<b>F30-F39 - Troubles de l'humeur [affectifs]</b>	<b>5 (13.2)</b>
F31 Trouble affectif bipolaire	1 (2.6)
F31.0 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel hypomaniaque	1 (2.6)

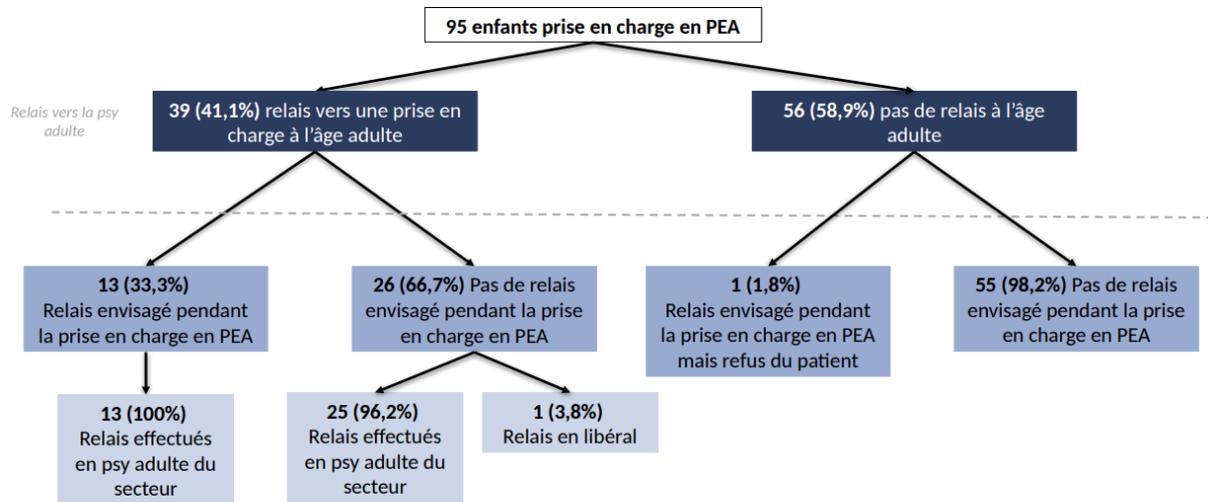
	F32 Episodes dépressifs	1 (2.6)
	F32.2 Episode dépressif sévère sans symptômes psychotiques	1 (2.6)
	F38.8 Autres troubles de l'humeur [affectifs] précisés	1 (2.6)
<b>F40-F49 - Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes</b>		<b>9 (23.7)</b>
	F40.1 Phobies sociales	1 (2.6)
	F41.9 Trouble anxieux, sans précision	1 (2.6)
	F43.1 Etat de stress post-traumatique	2 (5.3)
	F43.2 Troubles de l'adaptation	3 (7.9)
	F43.22 Réaction mixte, anxieuse et dépressive	1 (2.6)
	F48.9 Trouble névrotique, sans précision	1 (2.6)
<b>F60-F69 - Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte</b>		<b>4 (10.5)</b>
	F60.31 Personnalité émotionnellement labile, type borderline	1 (2.6)
	F69 Trouble de la personnalité et du comportement chez l'adulte, sans précision	3 (7.9)
<b>F70-F79 - Retard mental</b>		<b>1 (2.6)</b>
	F79 Retard mental, sans précision	1 (2.6)
<b>F80-F89 - Troubles du développement psychologique</b>		<b>6 (15.8)</b>
	F84 Troubles envahissants du développement	1 (2.6)
	F84.8 Autres troubles envahissants du développement	3 (7.9)
	F84.9 Trouble envahissant du développement, sans précision	2 (5.3)
<b>Z40-Z54 - Sujets ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux et des soins spécifiques</b>		<b>1 (2.6)</b>
	Z50.4 Psychothérapie, non classée ailleurs	1 (2.6)
<b>Z55-Z65 - Sujets dont la santé peut être menacée par des conditions socio-économiques et psycho-sociales</b>		<b>1 (2.6)</b>
	Z65 Difficultés liées à d'autres situations psycho-sociales	1 (2.6)
<b>NA</b>		<b>9 (23.7)</b>
<b>DP similaire PEA et psy adulte, n (%)</b>		
<i>Pour les 29 patients ayant un DP</i>		
	Oui	12 (41.4)
	Non	17 (58.6)
<b>Orientation vers un dispositif spécifique, n (%)</b>		
<i>Pour les 38 patients concernés</i>		
	Oui	5 (13.2)
	Non	33 (86.8)
<b>Type de dispositif, n (%)</b>		
<i>Pour les 5 patients concernés</i>		
	DIP	1 (20.0)
	EMR3	1 (20.0)
	RAVAUDE	2 (40.0)
	RDS	1 (20.0)

## Annexe II : Répartition des diagnostics

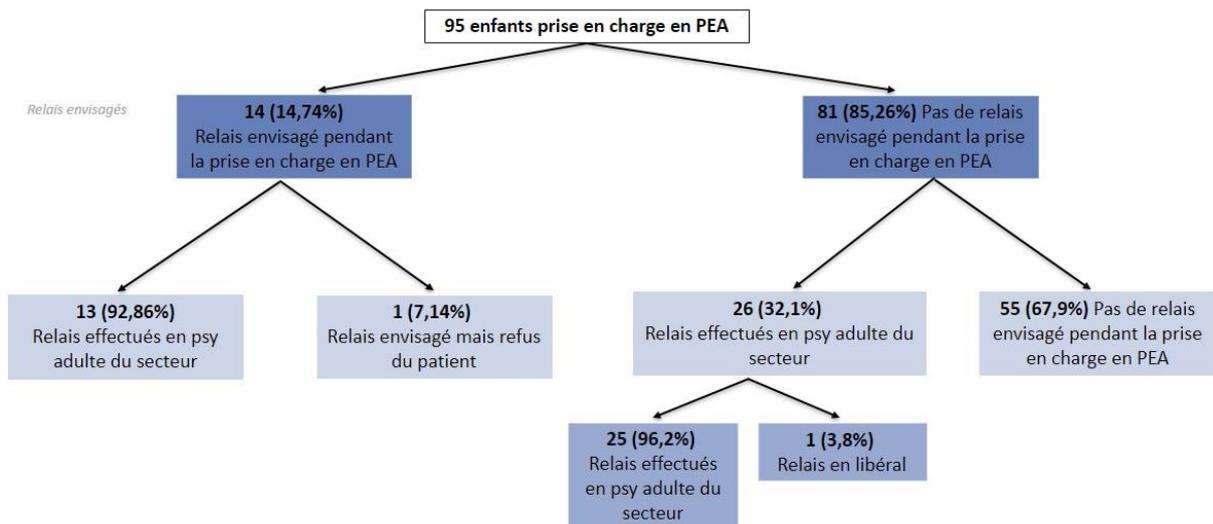


# Annexe III : Relais envisagés et non envisagés

## Relais psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent vers la psychiatrie adulte



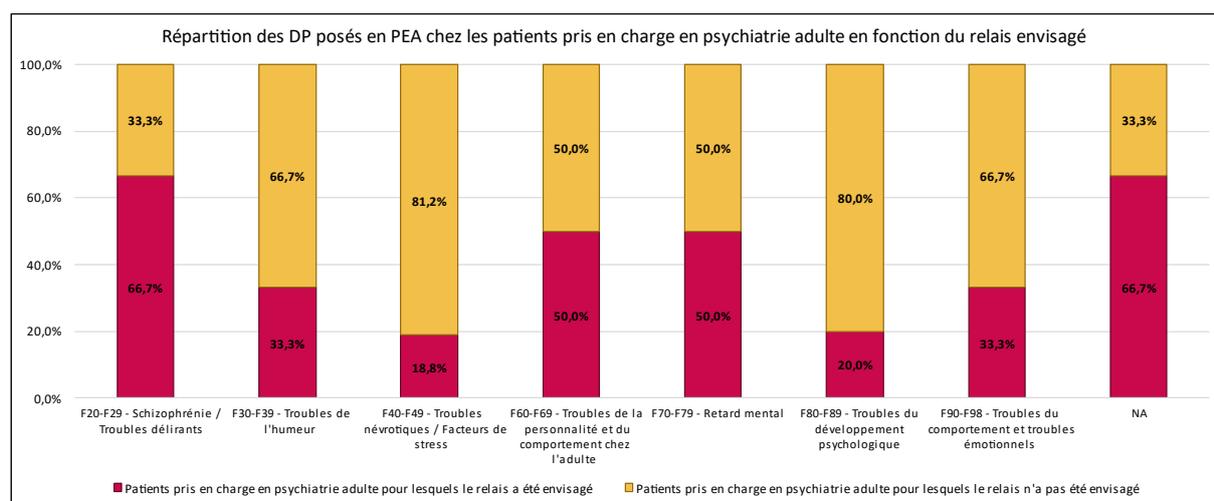
## Relais psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent vers la psychiatrie adulte 2



## Annexe IV : Analyses descriptives bivariées

Analyses descriptives bivariées			
	Patients pris en charge en psychiatrie adulte pour lesquels le relais a été envisagé N = 13	Patients pris en charge en psychiatrie adulte pour lesquels le relais n'a pas été envisagé N = 26	p
<b>Sexe, n (%)</b>			0.209
Homme	8 (61.5)	9 (34.6)	
Femme	5 (38.5)	17 (65.4)	
<b>Age de début de prise en charge en PEA, moy (sd)</b>	14.2 (2.03)	14.0 (1.84)	0.821
<b>ATCD de TS en PEA, n (%)</b>			0.719
Oui	3 (23.1)	8 (30.8)	
Non	10 (76.9)	18 (69.2)	
<b>Délai moyen entre la fin de prise en charge en PEA et la prise en charge en psychiatrie adulte (en mois), moy (sd)</b>	6.2 (12.3)	24.9 (22.7)	<b>0.007*</b>
<b>Passage aux urgences adultes (CAPI), n (%)</b>			0.076
Oui	0 (0.0)	6 (24.0)	
Non	13 (100.0)	19 (76.0)	
<b>Orientation vers un dispositif spécifique, n (%)</b>			0.643
Oui	1 (7.7)	4 (16.0)	
Non	12 (92.3)	21 (84.0)	

\*Résultats significatifs



## Annexe V : Motifs de prise en charge en PEA

	DP / Motifs de prise en charge en PEA			
	F20-F29 - Schizophrénie / Troubles délirants	F30-F39 - Troubles de l'humeur	F40-F49 - Troubles névrotiques / Facteurs de stress	F60-F69 - Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte
<b>Patients pris en charge en psychiatrie adulte pour lesquels le relais a été envisagé</b>	66,7%	33,3%	18,8%	50,0%
<b>Patients pris en charge en psychiatrie adulte pour lesquels le relais n'a pas été envisagé</b>	33,3%	66,7%	81,2%	50,0%

	F70-F79 - Retard mental	F80-F89 - Troubles du développement psychologique	F90-F98 - Troubles du comportement et troubles émotionnels	NA
	<b>Patients pris en charge en psychiatrie adulte pour lesquels le relais a été envisagé</b>	50,0%	20,0%	33,3%
<b>Patients pris en charge en psychiatrie adulte pour lesquels le relais n'a pas été envisagé</b>	50,0%	80,0%	66,7%	33,3%

## Annexe VI : Lettre d'information destinée aux patients

<p style="text-align: center;"><b>LETTRE D'INFORMATION DESTINEE AUX PATIENTS POUR PARTICIPATION A UNE RECHERCHE N'IMPLANQUANT PAS LA PERSONNE HUMAINE</b></p>
---

*Titre de la recherche : La transition des soins de la pédopsychiatrie vers la psychiatrie adulte*

Responsable de la recherche : VOISIN Marion, Infirmière étudiante en pratique avancée ,2e année, mention "psychiatrie et santé mentale "

Médecin responsable : Docteur Julian Betremieux

Établissement(s) participant(s) : EPSM de l'agglomération lilloise // Secteur 59G12

---

Madame, Monsieur,

Nous vous informons de la réalisation d'une recherche visant à étudier comment se déroule le passage de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent vers la psychiatrie adulte chez les patients suivis sur les secteurs roubaisiens de l'EPSM de l'agglomération lilloise.

Cette étude concerne les patients qui avaient en 2018 entre 17 et 18 ans et qui dépendent aujourd'hui, à l'âge adulte, d'un des 4 CMP des secteurs roubaisiens. Les patients inclus dans cette recherche ont été suivis en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent en 2018.

Cette lettre d'information vous détaille en quoi consiste cette recherche.

#### **Justification de l'étude :**

Lors du passage des soins de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte, il existe des patients en rupture de soins. Dans ce contexte, il est possible d'observer une aggravation de certains troubles déjà présents, des ruptures de traitement et l'apparition de nouvelles pathologies.

Ce travail fait l'objet d'un mémoire.

#### **Objectifs de l'étude :**

*L'objectif principal de cette étude est de voir le nombre de patient qui étaient suivis en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et qui sont aujourd'hui suivis sur l'un des 4 secteurs roubaisiens de psychiatrie adulte.*

*Les autres objectifs sont d'une part le repérage de facteurs qui peuvent rendre difficile le passage de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent vers la psychiatrie adulte et d'autre part, de déterminer le rôle que pourrait avoir un/une infirmier(e) en pratique avancée dans cette transition.*

#### **Déroulement de l'étude :**

Cette recherche n'interroge pas directement les patients concernés. Des données (telles que votre âge actuel, votre sexe, votre âge au début des soins, votre âge lors du relai vers les soins adultes, votre âge du début des soins chez l'adulte, votre secteur de prise en soins chez l'adulte, votre inclusion dans un dispositif particulier ou non (DIP), votre diagnostic si un diagnostic a été établi) vont être recueillies directement dans les dossiers et seront ensuite anonymisées.

La base de données ainsi créée sera conservée pendant la durée de réalisation de l'étude et jusqu'à deux ans après la dernière publication des résultats de l'étude. Puis, la base de données sera archivée pendant la durée légale autorisée. Passé ce délai, la base de données ainsi que tous les documents relatifs à la recherche seront définitivement détruites.

**Bénéfices de l'étude :**

Nous espérons que cette étude nous permettra de repérer les facteurs qui rendent difficile le passage de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent afin de pouvoir améliorer cette transition.

**Résultats :**

Si vous le souhaitez, les résultats globaux de cette étude et publications seront disponibles sur simple demande auprès de la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale et Psychiatrie des Hauts de France ([contact@f2rsmpsy.fr](mailto:contact@f2rsmpsy.fr)).

**Confidentialité – Aspects éthiques et réglementaires :**

Si vous le souhaitez, vous pouvez poser toutes les questions et avoir toutes les explications nécessaires auprès du responsable de l'étude : Docteur Camille Vincent

Médecin de santé publique

Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts de France

[Camille.vincent@f2rsmpsy.fr](mailto:Camille.vincent@f2rsmpsy.fr)

Vous pouvez également vous opposer à la participation à cette recherche et à la collecte des données vous concernant (consultation des dossiers en vue de recueillir les informations nécessaires à l'étude) qui se déroulera entre janvier 2024 et avril 2024. Pour cela vous pouvez contacter le responsable de l'étude à l'adresse mail suivante : [marion.voisin@ghtpsyp-npdc.fr](mailto:marion.voisin@ghtpsyp-npdc.fr) ou le délégué à la protection des données du Groupement Hospitalier de Territoire de Psychiatrie du Nord Pas-de-Calais. Votre opposition à la participation à cette recherche et au recueil de vos données n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins qui vous sont/seront prodigués.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 et au règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, vous disposez à leur égard d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement et du droit de vous opposer au traitement.

Si vous souhaitez exercer vos droits et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser au délégué à la protection des données du Groupement Hospitalier de Territoire de Psychiatrie du Nord Pas-de-Calais à l'adresse suivante : [protection.donnees@ghtpsyp-npdc.fr](mailto:protection.donnees@ghtpsyp-npdc.fr).

Si vous considérez que vos droits n'ont pas été respectés, vous avez également la possibilité de saisir la Commission Nationale de l'Informatique des Libertés (CNIL) directement via son site internet : [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information.

**AUTEURE : NOM : VOISIN**

**Prénom : Marion**

**24 juin 2024**

**Titre : La transition des soins de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte**

**Title : *The Transition of Care from Child Psychiatry to Adult Psychiatry***

**Mots clés : adolescents-santé mentale- transition des soins-parcours de soins**

**Key words : teenager-mental health-care transition-care pathway**

**Résumé :**

**Introduction :** La transition des soins de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte est une étape délicate pouvant compromettre la continuité des soins. L'objectif principal de cette étude est de quantifier les patients en rupture de soins pour lesquels un relai vers la psychiatrie de l'adulte a été envisagé. L'objectif secondaire est de faire un lien entre les ruptures dans le parcours de soins et les diagnostics posés en pédopsychiatrie, permettant ainsi de repérer les facteurs de risque de non-transition.

**Méthode :** Il s'agit d'une étude quantitative, exploratoire, rétrospective et monocentrique. La population étudiée était représentée par les patients âgés en 2018 de 17ans et plus, pris en soins par le CMP pour adolescents de Wasquehal. Une étude comparative a été réalisée avec ce même échantillon de patients sur leurs soins en psychiatrie adulte en 2023.

**Résultats :** 95 patients ont été inclus dans l'étude. Parmi les 14 patients pour lesquels un relai a été envisagé, 13 ont bénéficié d'un relai vers les soins en psychiatrie adulte, et un patient a refusé de poursuivre les soins. 26 patients pour lesquels un relai n'avait pas été envisagé s'orientent vers les soins en psychiatrie adulte dans une moyenne de 2 ans et 9 mois après la fin de prise en soins en pédopsychiatrie.

**Conclusion :** Si certains diagnostics posés en pédopsychiatrie méritent une attention particulière, pour d'autres, leur évolution est difficilement prévisible. Les méthodes actuellement non standardisées laissent des opportunités d'amélioration des pratiques professionnelles. Le rôle de l'infirmière en pratique avancée émerge comme une réponse essentielle pour assurer une coordination efficace durant le parcours de vie, de santé et de soins du jeune adulte.

**Abstract :**

**Introduction :** The transition from child psychiatry to adult psychiatry is a delicate stage that can compromise continuity of care. The main aim of this study was to quantify the number of patients who had experienced a breakdown in care and for whom a transfer to adult psychiatry was engaged. The secondary objective is to establish a link between disruptions in the care pathway and diagnoses made in child psychiatry, thereby enabling risk factors for no-transition to be identified.

**Method :** This is a quantitative, exploratory, retrospective, single-centre study. The study population was represented by patients aged 17 and over in 2018, under the care of the medical and psychological centre. A comparative study was carried out with this same sample of patients on their care in adult psychiatry in 2023.

**Results :** 95 patients were included in the study. Of the 14 patients for whom a transfer was considered, 13 were transferred to adult psychiatric care, and one patient refused to continue in care. 26 patients for whom a handover had not been envisaged were referred to adult psychiatric care an average of 2 years and 9 months after the end of child psychiatric care.

**Discussion and conclusion :** While some diagnoses made in child psychiatry deserve special attention, for others it is difficult to predict how they will develop. Current non-standardised methods offer opportunities for improving professional practice. The rôle of the advanced practice nurse is emerging as an essential response to ensure effective coordination throughout the young adult's life, health and care pathway.

**Directeur de mémoire :**

**Monsieur le Docteur Julian Bétremieux**