



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2023/2024

THESE POUR LE DIPLÔME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Comment penser et assurer une transition optimale des soins de la PEA
vers la PA : étude qualitative en focus group.**

Présentée et soutenue publiquement le 01/10/2024 à 14h30
au Pôle Formation
par **Léa-Marie HARDY**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Assesseurs :

Madame le Docteur Élise WEISS

Madame le Docteur Agnès MORLOT

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Guillaume LECONTE

TABLE DES MATIÈRES

Abréviations	8
Introduction	10
États des lieux de la transition	11
1. Spécificités de la prise en charge pédopsychiatrique à l'adolescence.....	11
a. Définition de l'adolescence.....	11
b. Émergence et épidémiologie des troubles psychiatriques.....	13
c. L'organisation des soins pédopsychiatriques en France.....	15
d. La place de la famille et l'environnement dans les soins.....	17
2. Le concept de transition vers les soins adultes.....	19
a. Transition globale.....	19
i. Définition et objectifs de la transition de soins.....	19
b. Transition en pédiatrie.....	21
i. Les pathologies chroniques en pédiatrie.....	21
ii. Barrières repérées à la mise en place d'une continuité des soins.....	22
iii. Réflexions sur l'amélioration du processus du relais.....	24
c. Transition en psychiatrie.....	26
i. Facteurs influençant une transition de soins psychiatriques.....	26
ii. Frontière liée à l'âge.....	27
iii. Le « transition gap » : Epidémiologie.....	29
iv. Patients à risque d'arrêt des soins.....	30
v. Devenir des adolescents après la transition.....	32
3. La transition des soins en France, une absence de consensus.....	34
4. Objectifs principaux de la recherche.....	36
Matériel et méthode	37
1. Méthodologie de l'analyse thématique inductive.....	37
2. Choix de la population.....	38
3. Recueil des données.....	39
4. Protocole.....	39

Résultats.....	40
1. Caractéristiques sociodémographiques des participants.....	40
a. Focus group 1 : Calais.....	40
b. Focus group 2 : Lille Sud.....	41
c. Focus group 3 : Pont-à-Marcq.....	41
d. Tableau récapitulatif.....	43
2. Présentation des métathèmes.....	45
a. Un processus de transition limité par un manque d'implication et d'adhésion des adolescents et de leur entourage.....	45
i. Evolution de l'implication parentale.....	45
ii. Inquiétude des adolescents lors du relais de soin.....	45
iii. Changement dans l'implication de l'adolescent dans ses soins.....	49
b. Des limites dues aux pratiques professionnelles, entravant le processus de transition	
51	
i. Manque d'engagement des professionnels dans le processus de transition.....	51
ii. Manque de cohésion PEA-PA.....	52
iii. Les professionnels de PA en difficulté devant les spécificités clinique des troubles psychiatriques chez l'adolescent.....	53
iv. Une transition limitée par la complexité des situations dûes aux dimensions parentales et médico-légales.....	55
c. La transition confrontée aux différences culturelles et organisationnelles entre les pratiques en PA et PEA.....	57
i. Une transition influencée par des différences culturelles des pratiques en PEA et PA.....	57
ii. Manque d'organisation de la transition.....	60
iii. Impact négatif dû au manque d'effectifs soignants et de soutien institutionnel...	62
d. Soutien et adaptation des soins pour optimiser la transition.....	64
i. Une bonne alliance thérapeutique et une implication des patients et leurs responsables légaux favorisant la transition des soins.....	64
ii. La transition des soins favorisée par bonne collaboration interprofessionnelle	

entre la PEA et la PA.....	66
iii. Une flexibilité comme processus de transition adapté et efficient.....	67
iv. Une réflexion nécessaire sur l'indication de la transition qui peut être un projet ou un levier thérapeutique.....	71
v. Renforcer la cohésion institutionnelle.....	73
vi. Implications des soignants et des secteurs facilitent la transition.....	75
VI. Discussion.....	76
1. Discussion.....	76
2. Forces, limites et perspective notre recherche.....	91
VII. Conclusion.....	93
VIII. Bibliographie.....	96

Abréviations

Pour faciliter la lecture, la rédaction utilise le genre masculin de manière générale.

ARS : Agence Régional de Santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CAMSP : Centres d'Accueil Médico-Sociale Précoce

CATTP : Centres d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel

CMP : Centre-médico psychologique

CMPP : Centres Médico-Psycho-Pédagogiques

DIPPEJAAD : Journée Internationale des Pathologies Émergentes du Jeune Adulte et de l'Adolescent

DU : Diplôme universitaire.

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IME : Institut Médico-Éducatif

ITEP : Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique

IPA : Analyse Interprétative Phénoménologique

MDA : Maison des Adolescents

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

PA : Psychiatrie Adulte

PAI : Projet d'Accueil Individualisé

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

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PPS : Projet Personnalisé de Soins

PTSM : Projet Territoriaux de Santé Mentale

SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile

TCA : Trouble du Comportement Alimentaire

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

TND : Trouble du Neurodéveloppement

TOC : Trouble Obsessionnel-Compulsif

TSA : Trouble du Spectre Autistique

TSPT : Trouble de Stress Post-Traumatique

ULIS : Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire

WHO : World Health Organisation

Introduction

Actuellement, un jeune sur sept âgé de 10 à 19 ans est atteint de trouble mental dans le monde, soit 14% des adolescents de cette tranche d'âge (1). Nous savons également que chez des patients avec un diagnostic psychiatrique à 26 ans, 75% d'entre eux étaient porteurs du diagnostic à 18 ans et 50% l'étaient avant 15 ans, indiquant donc qu'il est nécessaire que les adolescents bénéficient d'un suivi continu de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PEA) vers la psychiatrie adulte (PA) (2). Pour cela il est important que le adolescent puisse avoir accès à des soins médicaux adaptés à son développement et de fait poursuivre son suivi psychiatrique dans les services de PA de la façon la plus fluide possible. Cela constitue la " transition de soins ".

Toutefois, la littérature internationale met en évidence le fait que beaucoup d'adolescents interrompent leur suivi psychiatrique au moment de la transition, et que peu de ces transitions se déroulent de manière optimale avec une discontinuité dans leur prise en charge psychiatrique (3,4).

Cette rupture de suivi lors de la transition des soins de la PEA vers la PA peut aggraver leurs troubles et leur pronostic à l'âge adulte. Leur retour dans les soins se ferait pour certain dans des périodes de décompensation psychiatrique nécessitant une hospitalisation (5). Il peut y avoir un risque d'alliance et engagement précaire de ces adolescents dans leurs soins par un manque de confiance envers le corps médical, qui pourrait entraîner un nombre d'hospitalisations plus élevé par la suite (6,7). A cela s'ajoute un retentissement fonctionnel important des troubles psychiatriques à l'âge adulte, ainsi que sur la qualité de vie (7).

Cette thèse a pour objectif de s'intéresser au vécu de la transition en pratique courante en s'adressant directement aux professionnels de santé impliqués dans ce

processus de transitions de soins. Nous développerons dans la première partie de ce travail un état des lieux global de la question de la transition des soins des services de soin pour enfant et adolescent vers les services de soin adulte. Dans une seconde partie nous détaillerons le travail de recherche qualitative que nous avons effectué auprès des professionnels de santé de PEA et de PA. Pour conclure nous tenterons de dégager les perspectives d'améliorations de la transition de soins selon les résultats de l'étude qualitative que nous avons menée.

États des lieux de la transition.

1. Spécificités de la prise en charge pédopsychiatrique à l'adolescence

a. Définition de l'adolescence

Le mot “ *adolescent* ” provient du mot latin “ *adolescere* ” qui signifie “ *grandir* ”. Il s'agit d'une période de vie marquée par de nombreux changements dans le développement, aussi bien sur le plan physiologique, que cognitif, sociétal ou encore affectif. Il est difficile de donner aux tranches d'âge entre lesquelles correspondrait la période adolescente, car elle peut être définie différemment selon les perspectives biologiques, psycho-affectives, sociales ou culturelles. Elle se terminerait arbitrairement à 18 ans, avec le passage à l'âge légal de la majorité en France. Selon le Professeur Susan M Sawyer et al., la période correspondant à l'adolescence serait actuellement mieux définie par les âges allant de 10 à 24 ans (8).

De nombreux changements se produisent en effet au niveau corporel. Il s'agit tout d'abord de l'apparition des caractères sexuels secondaires et la capacité à se reproduire. En parallèle, le cerveau de l'adolescent continue également à se développer mais de manière asynchrone. Les zones cérébrales responsables des émotions et du système

de récompenses correspondant aux zones limbiques (l'amygdale et l'hypothalamus) terminent leur maturation plus tôt que les régions préfrontales qui elles sont reliées aux fonctions cognitives exécutives (le raisonnement, la planification des actions ou encore l'évaluation du risque) (9). C'est toutefois cette région préfrontale qui a un rôle dans la régulation des émotions et de l'inhibition. Hors, la zone limbique étant plus développée que la zone préfrontale chez l'adolescent, il en résulterait selon les études que la part émotionnelle prime rait sur les fonctions cognitives. Ce qui permettrait d'expliquer en partie la dysrégulation des émotions et l'impulsivité avec difficulté d'inhibition qui est observée chez les adolescents (10).

Se produisent ensuite des modifications du système d'attachement. De façon résumée, durant l'enfance, lorsque l'attachement est sécuritaire, la (ou les) figure.s d'attachement principale.s permettent à l'adolescent de se sentir en sécurité, d'explorer l'environnement de manière sécuritaire, et d'apprendre à reconnaître ses propres émotions est généralement un de ses parents ou son responsable légal. Arrivé à l'adolescence, l'adolescent commence à explorer le monde de manière progressivement autonome vis-à-vis de ses parents, en s'individualisant. Il s'agira pour lui de trouver des figures d'attachement secondaires (amis) et de se créer de nouvelles représentations. Comme nous l'avons dit précédemment, le adolescent est à une période de sa vie où ses émotions peuvent être intenses et peu régulées. Dans ces moments, l'adolescent est censé pouvoir solliciter une sécurisation affective auprès de ses figures d'attachements principales pour l'aider dans sa gestion émotionnelle (11).

Les représentations de la société vis-à-vis de la période adolescente s'ajoutent à ces différents changements biologiques et psycho-affectifs. C'est le moment des nouvelles expériences de vie par une autonomisation légale, financière, par rapport aux

responsables légaux, par la découverte de nouvelles relations ou encore l'évolution dans la scolarité et la professionnalisation. Le passage à l'âge adulte aux yeux de la société peut se faire par la fondation d'une famille, d'un nouveau statut professionnel ou bien par une autonomie financière. Dans certaines cultures, il est célébré par des " rites métaphoriques " (12).

Il est donc cohérent de faire l'hypothèse d'une grande vulnérabilité psycho-affective durant la période adolescente en conséquence de ces nombreux changements et de cette instabilité développementale.

b. Émergence et épidémiologie des troubles psychiatriques

Selon les rapports de la World Health Organisation (WHO) en date de 2021, 13% de la population mondiale âgée de 10 à 19 ans souffrent d'un trouble psychiatrique. Les pathologies les plus représentées sont les troubles anxieux, la dépression et les troubles des conduites. Le suicide est la 4ème cause de décès des 15 - 19 ans (1). Les mêmes principales entités pathologiques sont retrouvées dans une population cible de huit pays européens de 16 à 19 ans, auxquelles s'ajoutaient le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) (13). Enfin en France, pour la tranche d'âge des 15 -19 ans au cours de la même année 2021, la dépression est la deuxième cause de morbidités ou de mortalité prématurée et les troubles anxieux sont la deuxième cause chez les 10 à 24 ans (14). En 2023, entre 750 000 à 800 000 enfants adolescents ont bénéficié de soins pédopsychiatriques ambulatoires ou hospitaliers en France (15). Ces chiffres mettent en évidence les besoins en termes de soin devant le nombre important de troubles psychiatriques se déclarant durant l'adolescence. En effet, selon l'étude réalisée par Ronald C Kessler et all., la moitié des troubles psychiatriques commence autour de 14 ans et les trois quart autour de 24 ans (16). Comme présenté en introduction, une autre étude

révèle qu'environ 50% des adultes avec un trouble de santé mentale avait été diagnostiqué avant 15 ans et environ 74% avant 18 ans (2).

Par ailleurs, des études rapportent que si les modifications cérébrales ne se déroulent pas correctement, elles pourraient accroître le risque de développer des pathologies psychiatriques. Les facteurs déclencheurs potentiels incluent des facteurs génétiques, l'impact des expériences de vie sur le développement cérébral, ainsi que certains traits de personnalité (17). Ces modifications cérébrales ont notamment été montrées dans les troubles bipolaires de type 1 et les troubles psychotiques. Notons par exemple qu'il a été retrouvé chez les jeunes de 16 à 18 ans ayant un trouble psychotique, une diminution du volume de la zone thalamique et orbitofrontale (18).

Les facteurs de risques de développer un trouble psychiatrique sont cependant multiples. Ils peuvent être constitutionnels (génétique ou épigénétique), ou environnementaux avec par exemple la qualité de l'environnement scolaire, l'environnement familial, les relations socio-affectives, ou encore la classe sociale. Les facteurs d'adversité et événements de vie potentiellement traumatiques constituent également un facteur de risque majeur de développement de troubles psychiatriques. Il a en effet été démontré que les antécédents de maltraitance telle que la négligence ou les agressions physique et sexuelle ont un impact négatif sur les compétences cognitives, émotionnelles, affectives et sociales (12). Les troubles psychiatriques associées peuvent être des troubles des conduites ou encore des troubles de stress post-traumatique (TSPT). Il est important de souligner ensuite qu'il existe également de nombreuses co-morbidités chez les adolescents notamment entre les troubles de l'usage des substances et les troubles des conduites ou les troubles anxieux avec la dépression (12,19).

Dans un autre registre, les adolescents montrent une plus grande tendance à la prise de risque par l'usage de substances psychoactives et parfois illicites. Plus l'âge des premières consommations est jeune, plus le risque est important de développer un trouble de l'usage des substances sévères ainsi que d'autres troubles psychiatriques co-morbides. Parmi ces substances, le cannabis favoriserait la décompensation d'épisodes psychotiques aigus si la consommation est répétée. Le risque de recrudescence et de chronicisation d'un trouble psychotique et notamment schizophrénique serait liée à la durée d'exposition au cannabis, ce dernier étant potentiellement plus déclencheur que les autres drogues (17,20). Il existe d'ailleurs une classification du DSM-V pour définir ces troubles spécifiques appelés "*Troubles mentaux induits par une substance/un médicament*"(21).

Nous voyons ici que les pathologies psychiatriques débutant à l'adolescence sont susceptibles de se poursuivre à l'âge adulte, ce que semble confirmer l'étude de Joni Reef et al, en 2010 (22). Il s'agit donc d'un problème de santé publique majeur, dans le monde et en France. Nous faisons l'hypothèse qu'une prise en charge précoce permettrait une amélioration des trajectoires cliniques et de prise en charge en psychiatrie, en particulier concernant l'alliance thérapeutique.

c. L'organisation des soins pédopsychiatriques en France

L'organisation des soins psychiatriques en France sous forme de secteurs se crée en 1960. Les habitants d'une zone géographique délimitée dépendent d'un "*secteur de psychiatrie*" qui est destiné à proposer des soins psychiatriques à cette population spécifique. Ils seraient actuellement au nombre de 300 en France. La PEA était alors structurée selon un schéma comparable, couvrant des zones plus étendues qui

correspondaient à trois secteurs de PA désignés comme des “inter-secteurs” (23). A ce jour la psychiatrie infanto-juvénile s’organise toujours par des inter-secteurs pouvant cependant représenter un à plusieurs secteurs de PA (24).

L’offre de soins est divisée en structures ambulatoires et hospitalières afin de pouvoir s’adapter aux besoins de chaque enfant et adolescent. L’orientation pour l’évaluation et la prise en charge psychiatrique se fait vers les centres médico-psychologiques (CMP). Ils représentent selon la circulaire de 1972 un lieu de *“prévention, d’accueil et d’orientation, de prise en charge des troubles, de coordination entre les différents acteurs du soin et de continuité du service public. Ils en font à la fois des acteurs de premier niveau pour les soins de proximité, mais également de second niveau pour la prise en charge de troubles plus sévères”* (15). Il existe ensuite des centres d’Activité thérapeutique à temps partiels (CATTP) qui proposent des activités thérapeutiques par groupe de patients. D’autres dispositifs sont délimités en fonction de l’âge. Les centres d’accueil médico-sociaux Précoces (CAMSP) prennent en charge les enfants de 0 à 6 ans et les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) proposent des soins pour les enfants et adolescents de 0 à 20 ans. Ces deux dispositifs proposent des temps d’accueil et d’accompagnement adaptés à la prise en charge des troubles de santé mentale à type de *“ retards ou des troubles psychomoteurs, du langage et du comportement ”* mais aussi des troubles psychiatriques légers à modérés (25). Enfin les maisons des adolescents (MDA) accueillent des jeunes de 11 à 21 ans et ont comme objectifs *“ D’informer, de conseiller et d’accompagner les adolescents, leurs familles et les acteurs au contact des jeunes ”* avec dans certaines MDA une prise en charge psychologique et psychiatrique est possible (26). Pour la prise en charge infanto-juvénile dans le département du Nord, dans l’agglomération lilloise et les Flandres, il existe 26 CMP, 9 CATTP, 9 CAMSP et 7 CMPP en 2023. Les unités d’hospitalisation sont

composées de services d'hospitalisation à temps complets, d'hôpitaux de jour et d'hospitalisations à temps partiel (23).

En France, l'offre de soins connaît actuellement de fortes disparités régionales. Le nombre de pédopsychiatres reste insuffisant pour répondre de manière adéquate aux besoins de la PEA sur le territoire national. Les médecins de première ligne que sont les médecins généralistes, les médecins de la protection maternelle et infantile (PMI) et les médecins scolaires n'ont pas les moyens adaptés pour proposer une évaluation et prise en charge spécifique des troubles psychiatriques des adolescents qu'ils rencontrent. De fait, les dispositifs de seconde ligne étant " saturés " par les suivis de patients ayant des troubles psychiatriques légers, cela rendrait plus complexe le maintien des suivis des adolescents atteints de troubles plus sévères. Selon les estimations, la moitié du temps des pédopsychiatres en CMP consisterait à faire des évaluations psychiatriques qui n'aboutissent pas à des prises en charges prolongées (15).

d. La place de la famille et l'environnement dans les soins

Au cours de son développement, l'enfant évolue au sein de son environnement familial et scolaire tout en étant parfois accompagné par divers professionnels impliqués dans sa prise en charge médicale ou paramédicale.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, si l'adolescent s'individualise progressivement, il dépend toujours de ses parents pour continuer son développement cognitif, affectif et social. Ils sont également détenteurs de l'autorité parentale et de fait de l'autorisation de soins de leur enfant. C'est à eux que revient la décision finale de décision des soins ambulatoires, hospitaliers ainsi que de l'instauration et poursuite des thérapeutiques, selon l'Article 371-1 du Code civil (27). Bien que les soignants soient

tenus au secret médical, il est de leur devoir de signaler tout élément inquiétant concernant la santé mentale de l'adolescent ou sa sécurité (28). L'inclusion des parents dans la prise en charge des adolescents est donc essentielle.

Selon les éléments d'adversité auxquels l'adolescent peut être confronté ou sa situation sociale, il est possible que l'aide sociale à l'enfance (ASE) soit sollicitée pour accompagner l'adolescent et sa famille. Une de leur mission est celle de la protection de l'enfance. Ils peuvent intervenir si l'intégrité physique et psychique du adolescent est en danger, auprès de son entourage familial (29,30). Dans ces conditions, les adolescents ayant un parcours complexe avec intervention de l'ASE et d'autant plus ceux bénéficiant d'un placement, seraient davantage confrontés à des facteurs de risques psychosociaux qu'en population générale. De ce fait, ils seraient également plus à même de développer un trouble psychiatrique (31). Malgré ce constat, les éducateurs les prenant en charge ne recevraient pas de formation suffisante concernant la santé mentale des adolescents (32). Ils ont pourtant une place particulière auprès des adolescents dans les foyers, faisant office de potentielles figures d'attachement secondaires. En effet, si leur lien avec les adolescents est de bonne qualité cela pourrait les aider dans la régulation de leurs émotions et de leurs liens aux autres (33). Nous faisons la supposition que pouvoir travailler avec eux autour de la prise en charge de l'adolescent serait important pour l'adolescent.

L'adolescent évoluant également dans le milieu scolaire, il est essentiel de pouvoir travailler de concert avec les professionnels de l'éducation nationale. En effet, l'adolescent peut nécessiter des adaptations pédagogiques particulières pour faciliter son parcours scolaire en fonction du retentissement psycho-affectif ou cognitif de ses troubles . Les adolescents ayant par exemple un trouble du neurodéveloppement sont plus à risque de

rencontrer des difficultés dans leur apprentissage ou leur intégration sociale à l'école. Il faut donc pouvoir organiser leur parcours scolaire selon leurs besoins pédagogiques particuliers. Il existe d'ailleurs la possibilité de fournir sur le plan médical un projet d'accueil individualisé (PAI) pour adapter la scolarité selon les problématiques de santé et les besoins de l'adolescent. Le PAI permet également à l'infirmière scolaire de délivrer des traitements à l'école, avec qui il est donc important de se mettre en contact (34). Des outils peuvent permettre d'adapter le parcours de soin des patients à leur handicap comme le PPS mais aussi les orientations médico-sociales spécifiques sollicitées auprès de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Parmi celles-ci nous pouvons noter les orientations vers les unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS), en service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) en institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP) ou en institut médico-éducatif (IME) (35–37).

Il est nécessaire d'effectuer un travail coordonné avec les autres professionnels de santé gravitant autour des jeunes tel que les médecins généralistes, pouvant être confrontés à des limites dues à leur pratique et leurs moyens disponibles (38) ; les professionnels libéraux tels que les psychologues, les orthophonistes, les psychomotriciens, qui seront impliqués dans le processus de transition

2. Le concept de transition vers les soins adultes

a. Transition globale

i. Définition et objectifs de la transition de soins

La transition de soin a été décrite pour la première fois en 1984 aux Etats-Unis: "*Youth with Disability: The Transition Years*". Par la suite, la transition a été reconnue comme étant un phénomène sous-développé en médecine pour les jeunes ayant une

pathologie chronique. En 1993, la “*Society for Adolescent Medicine*” indique l'intérêt de créer une continuité des soins depuis les services de médecine pédiatrique vers ceux destinés aux adultes pour les patients ayant une “*maladie physique et médicale chronique.*” Le processus se doit d'être fluide et organisé de manière optimale (39). Il permettrait également aux adolescents de s'affirmer dans leur passage à l'âge adulte et de s'autonomiser progressivement (40).

Il est important de faire la distinction entre le “*transfert*” et la “*transition*”. La “*transition*” comme nous venons de la décrire est un processus organisé, qui débute depuis la réflexion de la nécessité d'une continuité de soins, jusqu'au début du suivi dans le service adulte. Le “*transfert*” à l'inverse correspond à l'acte en lui-même, administratif et bref, de l'arrêt du suivi pédiatrique au commencement du suivi adulte (41).

Une fois l'indication posée, ce processus de relais de soins doit être construit. Il faut pour cela pouvoir inclure le professionnel référent de PEA, le référent désigné de la PA et, bien entendu, le patient lui-même. Il existe plusieurs modalités de transition de soins: par des co-consultations ou encore des suivis conjoints par alternances des consultations PEA puis PA. Les informations concernant le patient doivent être transmises aux professionnels de PA qui s'occuperont du jeune adulte, afin qu'ils puissent adapter au mieux le suivi aux besoins de l'adolescent (41). Le décret de 2022 décrit cette transition de la manière suivante : “ *Art. R. 6123-195. Le titulaire de l'autorisation organise le passage d'une prise en charge en “psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ” à une prise en charge en “psychiatrie de l'adulte”, conjointement et de manière anticipée entre les deux services ou titulaires concernés ”* (42).

Une transition réussie a plusieurs intérêts : d'une part prévenir les risques de non observance des traitements et d'autre part limiter le risque d'interruption du suivi

psychiatrique de l'adolescent. L'objectif principal est de réduire la probabilité de détérioration de l'état de santé (43).

Selon les estimations de l'étude Milestone, entre 25 et 49% des adolescents suivis en PEA nécessiteraient un relai des soins (44). Nous voyons ici l'importance que les jeunes puissent avoir accès à la transition de soins entre les services de l'enfant et de l'adolescent et ceux de l'adulte.

b. Transition en pédiatrie

i. Les pathologies chroniques en pédiatrie

La question de la qualité de cette transition et du besoin d'uniformité s'est posée initialement en pédiatrie où beaucoup d'enfants atteints de maladies chroniques nécessitaient un relai efficace pour éviter une aggravation de leur trouble. Les enfants atteints de maladies chroniques, telles que la mucoviscidose, le spina-bifida ou l'anémie falciforme avaient, en 2005, 90 % de chances d'atteindre l'âge adulte (45). Ce chiffre a heureusement évolué au cours des dernières décennies, augmentant la proportion de patients nécessitant un relai et rendant plus urgente la question d'une transition optimale. En France, en 2009, c'était 14% des jeunes âgés de 18 à 24 ans qui présentaient une pathologie chronique (46).

Par exemple, une des pathologies chroniques les plus connues, se déclarant pendant l'enfance et se poursuivant tout au long de la vie du patient est le diabète de type 1. Pour rappel, le diabète est une affection métabolique persistante marquée par une augmentation du taux de sucre dans le sang, qui, avec le temps, peut causer des lésions importantes au cœur, aux vaisseaux sanguins, aux yeux, aux reins et aux nerfs (47). Malgré un accompagnement personnalisé intensif et l'assistance de l'équipe spécialisée

en diabétologie, une étude de cohorte longitudinale a montré des résultats défavorables chez une proportion significative de jeunes adultes diabétiques. Pour réduire la forte morbidité associée au diabète lors de la transition de l'enfance à l'âge adulte, il serait essentiel selon eux de repérer le plus tôt possible les difficultés psychologiques et psychiatriques afin de soutenir au mieux l'adolescent au moment de son relais de soins vers le service adulte (48). Il semble également important de réaliser cette transition pour favoriser l'adhésion de l'adolescent à son suivi et lui éviter les multiples complications possibles du diabète par une prise en charge bien suivie et établie.

Il en va de même pour les maladies rares. La filière des "*Maladies auto-immunes et auto-inflammatoires rares (FAI²R)*" a été instaurée sous l'autorité du "*Plan National Maladies Rares 2 par le Ministère français des Solidarités et de la Santé*". Il s'agit de pathologies chroniques et parfois rares, nécessitant une prise en charge de recours sur le long terme. Les réunions pluridisciplinaires de cette filière permettent d'élaborer des propositions pour encadrer les prises en charge des patients (enfants, adolescents et adultes) et la continuité de leurs soins (49).

ii. Barrières repérées à la mise en place d'une continuité des soins

Les transitions de soins depuis la pédiatrie vers la pédiatrie adulte ont également été compliquées. En 2015, le nombre de jeunes réalisant une transition de soins vers la médecine adulte était de 22 à 47% (50). Les difficultés identifiées par les différentes études menées à ce sujet sont multiples. Seulement comme nous l'avons évoqué précédemment, il existe une différence entre le "*transfert*", fréquent, et la "*transition*" qui peut elle ne pas être optimale (51,52).

Le manque de cohésion entre les équipes soignantes de pédiatrie et de médecine adulte a également été relevé dans plusieurs recherches, voire une méfiance des uns vis-à-vis des autres. Cela se traduit par un manque de coordination et de collaboration entre les deux institutions dans l'organisation des soins. Le risque peut être que la transition ne soit ni préparée ni même évoquée avec le patient du côté de la pédiatrie, et que les médecins du côté adulte n'aient pas suffisamment d'informations cliniques concernant l'adolescent qui doit arriver en adulte (49–51).

Les adolescents ressentent souvent des émotions négatives face à la transition vers les soins adultes. En effet, la perte des relations établies avec les pédiatres et la difficulté à créer de nouveaux liens avec les médecins adultes risque d'amplifier ces peurs. La transition peut d'ailleurs entraîner un sentiment d'abandon pour l'adolescent. Les adolescents seraient également anxieux à l'idée d'être hospitalisés avec des patients adultes. Les parents, de leur côté, expriment des réticences et des inquiétudes quant au processus, se sentant parfois également abandonnés. Cette situation peut provoquer une ambivalence chez les soignants en pédiatrie, hésitant à laisser partir un jeune qu'ils ont suivi pendant plusieurs années (40,49,53,54).

Ajouté à cela, les pédiatres auraient des difficultés à accorder leur confiance à leurs homologues adultes pour la prise en charge des adolescents qu'ils ont suivis. Ils auraient notamment des croyances négatives concernant les soins prodigués aux jeunes en "*médecine adulte*". Nous voyons ici l'enjeu du lien entre le patient, son entourage et son médecin référent en pédiatrie comme un frein au relais de soins. Du côté adulte, une des difficultés rencontrées serait le manque de formation quant aux spécificités de prise en charge des adolescents et jeunes adultes. Enfin, il est important de noter que

l'établissement d'une relation de confiance avec un nouveau médecin peut prendre du temps, ce qui pourrait fragiliser davantage cette période de transition de soins (40,49,54).

Enfin, l'un des éléments retrouvés dans la littérature qui impacterait fortement l'organisation de la transition de soins serait le manque de ressources globales. Parmi celles-ci, on note le peu de disponibilité des médecins, le manque de temps, ainsi que l'absence de dispositifs spécifiquement conçus pour la transition (54).

Tous ces facteurs limitant le relais de soins depuis les soins pédiatriques vers les soins adultes ont été investigués grâce à de nombreuses études. Cela a permis la réalisation de nouvelles recherches, orientées vers l'amélioration de ce processus.

iii. Réflexions sur l'amélioration du processus du relais

La question de la transition peut être réfléchiée lors de groupes de travail. C'est ce qu'ont fait les médecins impliqués dans les "*Recommendations of the French network for autoimmune and autoinflammatory diseases (FAI₂R*)". L'objectif de leurs réunions était de pouvoir étudier la littérature et les guidelines existantes pour élaborer une trajectoire de soins spécifiques aux jeunes atteints de maladies auto-immunes (49).

Plusieurs éléments essentiels sont ressortis de la littérature afin d'optimiser le processus de relais de soins. Tout d'abord la cohésion entre les soignants de pédiatrie et de médecine adulte, en se mettant en lien pour la transmission d'informations ou encore pour élaborer une organisation pluridisciplinaire (40,55).

Une transition efficace nécessite une planification anticipée, idéalement au moins un an avant le passage vers les soins adultes. Il est intéressant que les programmes de transition soient suffisamment flexibles pour s'ajuster aux besoins individuels des

adolescents, garantissant ainsi une transition en douceur (50). Cela inclut des discussions préliminaires, des réunions conjointes entre pédiatres, médecins adultes et patients, ainsi que l'organisation de consultations conjointes (52,53). Enfin, l'intégration de coordinateurs de transition jouerait un rôle clé dans la continuité des soins (55,56).

L'important durant ce processus de relais de soins est d'y impliquer au mieux l'adolescent lui-même. Cela inclut des rencontres avec les nouveaux soignants adultes, des temps de visite des unités de soins pour adultes ainsi que des programmes éducatifs pour le préparer à son relais de soin (52,56). Il est également important de discuter de l'autonomie de l'adolescent dans les soins avec lui et sa famille afin de prendre en considération ses choix dans la planification des soins (50). Un échange entre l'adolescent, sa famille, le référent de pédiatrie et celui d'adulte en consultation conjointe est important (53).

Il existe actuellement en pédiatrie de nombreux supports et outils pour aider à faciliter la transition. Parmi ceux existants, on retrouve des supports papiers avec par exemples des fiches et des carnets permettant de retracer toutes les informations cliniques ou administratives nécessaires à la transition (57,58). Des sites internet sont également créés pour la transition de soins des patients atteints de maladies rares (59). De plus, des applications pédiatriques, comme celles développées par l'hôpital Necker, proposent des outils interactifs pour aider les jeunes patients tout au long du processus de relais (60). Ensemble, ces éléments offrent un soutien diversifié pour améliorer la transition.

Bien que ces éléments ne soient pas tous directement applicables à la transition en psychiatrie, comme mentionné précédemment, les facteurs facilitants identifiés dans le

processus de transition entre la pédiatrie et la médecine adulte peuvent servir de pistes de réflexion pour la psychiatrie.

c. Transition en psychiatrie

Cependant, ce qui a été fait et défini en pédiatrie ne s'applique pas aussi facilement à la psychiatrie. Les indications en psychiatrie sont en effet peut-être moins claires que celles de pathologies chroniques pédiatriques. En effet, à cette période particulière qu'est l'adolescence, il n'est pas toujours possible de diagnostiquer un trouble psychiatrique de manière définitive. Les symptômes que présente l'adolescent peuvent être développementaux et évolutifs dans le temps, ou encore s'intégrer dans différents syndromes (61). Il faut donc pouvoir réfléchir aux critères cliniques et thérapeutiques qui pourraient suggérer la nécessité de poursuivre les soins en PA.

i. Facteurs influençant une transition de soins psychiatriques

Le relais des soins en PA peut sembler moins systématique, plus individualisé et au cas par cas suivant les spécificités des troubles présentés qu'en pédiatrie.

Tout d'abord, sur le plan clinique, les adolescents peuvent être atteints de troubles psychiatriques d'évolution chronique connus tels que les troubles bipolaires ou encore les troubles schizophréniformes (5). Le ressenti du pédopsychiatre référent du patient semble être, selon des études récentes, un déterminant de la transition plus important que la sévérité objective des symptômes (62).

Il existe ensuite d'autres facteurs liés à la prise en charge médicale pouvant amener à orienter vers un relai de soins. Selon les études, les patients ayant un traitement

thérapeutique en cours sont plus à même de bénéficier d'une continuité de soins . Cela s'applique également aux patients ayant eu un long suivi en PEA. Selon l'étude de MILESTONE, 23% des adolescents ayant été suivis plus de 5 ans en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent feraient ce parcours de soins vers la PA, et 28% de ceux suivis depuis 2 à 5 ans. Enfin, les antécédents d'hospitalisation en psychiatrie renforceraient la probabilité d'accéder à une continuité des soins vers la PA. L'implication des parents pourrait également jouer un rôle si ceux-ci estiment que leur enfant doit effectuer ce relais. Il s'avère en effet que la décision des parents prévaudrait sur celle du patient, montrant un rôle important de l'entourage de l'adolescent à ce moment clé de la prise en charge (62,63). Il apparaît d'ailleurs que les patients étant toujours hébergés chez leurs parents ou bien ayant un parcours socio-éducatif soient plus à même de poursuivre leur prise en charge en PA (63).

Lorsque l'indication à été posée par l'équipe médicale référente de PEA, il s'agit par la suite de pouvoir organiser la transition. Et à ce stade, l'élément primordial à prendre en compte est l'âge du patient.

ii. Frontière liée à l'âge

Le passage de l'adolescence à l'âge adulte est marqué légalement par l'atteinte de la majorité à 18 ans. À partir de cet âge, un individu est considéré comme pleinement responsable de ses actes devant la loi, acquérant ainsi des droits et des devoirs civiques, tels que le droit de vote (64).

Concernant les soins en psychiatrie, la loi stipulait auparavant que les suivis en PA pouvaient commencer dès l'âge de 16 ans. Cela avait été établi lors de la circulaire de 1992 " *Concernant la psychiatrie, le décret du 14 mars 1986 (relatif à la lutte contre les*

maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique) ne fait état que d'une seule limite d'âge de prise en charge en fixant à 16 ans la limite d'âge inférieur applicable pour la prise en charge des patients par les secteurs de psychiatrie générale ” (65). L'âge limite de prise en charge en PEA et en PA se situaient donc entre 16 et 18 ans. Une hypothèse possible serait que cette variabilité de l'âge limite aurait pu créer un flou quant à la prise en charge des jeunes de 16 à 18 ans. Toutefois, en France, la littérature scientifique ne traite pas spécifiquement des limites d'âge variables pour la transition des soins entre la PEA et la PA PA, comme ça a pu être le cas en Angleterre. En effet, l'étude réalisée à Londres en 2008 indiquait une absence de critère d'âge fixe pour la transition, pouvant inclure des tranches d'âge différentes, comme 16, 17, 18, 19, voire plus de 21 ans. Cela signifie pour cette recherche qu'il n'existe pas de consensus (66).

Depuis la nouvelle réforme législative de 2022, les soins en PA s'appliquent aux patients uniquement à partir de 18 ans tandis que la PEA prend en charge les enfants et les adolescents depuis leur naissance jusqu'à leur majorité. Néanmoins, en cas de nécessité, un patient mineur peut être admis temporairement en PA, à condition qu'il soit ensuite redirigé vers un suivi en PEA (42).

Le manque de pédo-psychiatres ainsi que le manque de moyens financiers constituaient, en 2023, un frein à une réponse efficace à la demande de soins (15). On peut donc imaginer que si les moyens manquaient à la PEA avant l'application de la circulaire de 2022, l'ajout de la file active des 16-18 ans auparavant pris en charge par la PA risquerait d'être difficile à absorber pour la PEA.

Au delà des difficultés liées à cette nouvelle limite d'âge, il nous semble important de souligner l'absence de catégorie en santé mentale dédiée spécifiquement aux adolescents. En effet, il s'agit de la PEA jusqu'à 18 ans puis de la PA à partir de 18 ans.

Nous voyons ici que les adolescents sont inclus dans la catégorie des patients allant de 0 à 18 ans (42). Les études recommandent cependant la création de structures dédiées à la prise en charge des adolescents, que nous aborderons dans la suite de notre travail (67).

iii. Le « transition gap » : Epidémiologie

A travers le monde, l'existence de barrières limitant la transition des soins depuis la PEA vers la PA a été démontrée à travers de nombreuses études, en soulignant pour commencer le manque de transition réalisées ou réussies (68). Cette difficulté de transition dans la prise en charge des patients de la PEA vers la PA a été reconnue comme un obstacle particulièrement problématique dans les systèmes de santé au niveau international (5,69,70).

L'étude MILESTONE a permis de réaliser une méta-analyse des précédentes études menées dans le cadre du " *Transition gap* ", et d'y apporter de nouveaux résultats. Selon leurs recherches, 30 à 84% des adolescents ne bénéficieraient pas d'une continuité des soins au moment de la transition entre la PEA et la PA (13). Cela engendre bien souvent chez ces patients une discontinuité des soins, voire un désengagement complet (63,71).

Seulement 24 % des adolescents parviennent à effectuer cette transition, ce qui montre un écart important dans les prises en charge (72). Jusqu'à 50 % des adolescents qui atteignent l'âge limite de la PEA ne sont pas suivis ou pris en charge en PA. De plus, des retards importants dans l'accès à la PA (allant de 55 à 110 jours) et un fort taux de désengagement des adolescents sont observés, avec jusqu'à 40 % des adolescents se désengageant complètement des soins après avoir quitté la PEA (67,73). Les jeunes atteints de troubles neurodéveloppementaux font partie de la population ayant un risque plus important de ne pas faire une transition aboutie (74).

Les facteurs précis rendant cette transition difficile sont encore partiellement compris et sont étudiés dans plusieurs études à travers le monde (4,13,66,68). Plusieurs pistes peuvent expliquer cette difficulté de transition entre PEA et PA. Ces études mettent en avant le manque de protocole et d'uniformité des transitions dans la plupart des pays concernés. Leur but est d'ailleurs de combler cette lacune en proposant un modèle de transition plus efficace.

Plusieurs autres facteurs sont retrouvés comme la difficulté de communication entre les services de PEA et de PA, la différence dans les approches de prise en charge (l'un étant plus tourné vers les familles et l'autre vers l'individu) ou encore les lacunes dans la formation des professionnels de santé mentale pour traiter les jeunes en transition (66,72). De plus, des listes d'attente longues et des critères d'admissibilité différents entre PEA et PA sont des obstacles majeurs, entraînant un manque de continuité des soins (72). En France, améliorer la continuité de la prise en charge entre les services de PEA et de PA figurait parmi les objectifs de santé mentale en PEA du programme pluriannuel de psychiatrie et santé mentale de la HAS entre 2018 et 2023 (75).

iv. Patients à risque d'arrêt des soins

La transition des soins en PA présente un risque significatif de discontinuité, particulièrement pour certains types de troubles psychiatriques. Les TND, ainsi que les problèmes émotionnels et les troubles émergents de la personnalité, sont particulièrement exposés à ce risque d'interruption de la prise en charge. Cela les expose davantage à des ruptures dans leur suivi (5,63).

Pour commencer, les TND tels que le TDAH, représentent une catégorie de pathologies particulièrement vulnérables lors de la PEA et la PA (76). Il arrive qu'aucun

jeune atteint de TDAH n'a réussi la transition vers la PA, tandis qu'un tiers des adolescents ayant arrêté le suivi en PEA pour être orientés vers la médecine générale ont finalement été référés en PA, indiquant un besoin persistant de soins spécialisés (66). Ce problème est lié à une reconnaissance croissante du manque de services adéquats pour les jeunes atteints de TDAH, comme cela a été démontré en Angleterre, où l'absence de protocoles clairs et de critères d'admissibilité normalisés complique la continuité des soins (77,78). Là-bas, les pédiatres, souvent démunis, peinent à trouver des options de prise en charge adaptées pour ces jeunes et sont en demande d'une intervention des responsables des politiques de santé pour résoudre ce problème (79).

Parmi les troubles du neurodéveloppement (TND) figurent également le trouble du spectre de l'autisme. Les patients atteints d'un trouble du spectre de l'autisme (TSA) sans trouble développemental intellectuel (TDI) ne répondent souvent pas aux critères d'accès aux services spécialisés pour l'accompagnement des patients avec TDI, ou encore aux services de psychiatrie générale. En raison de ces disparités dans les conditions d'admission en PA, ces jeunes sont souvent exclus des soins psychiatriques appropriés. Environ un tiers d'entre eux, après avoir quitté les services de PEA, sont dirigés vers les soins primaires, ce qui s'avère souvent insuffisant pour répondre à leurs besoins. Cela aboutit fréquemment à l'intervention d'équipes de crise, à des orientations vers des services de conseil ou à un soutien temporaire et limité en PA (67,80).

La même problématique se pose pour les jeunes souffrant de troubles psychiatriques complexes, notamment pour ceux ayant un trouble de la personnalité émergent ou encore de trouble du comportement alimentaire (TCA) (63). Pour ces derniers il s'agit plus spécifiquement d'anorexie mentale pour lesquels il existe des prises

en charge différentes entre la PEA et la PA. Cela impacterait la qualité de la transition de soins entre les deux services (81).

Les troubles psychiatriques peu ou modérément sévères auraient moins facilement accès à cette transition de soins. Parmi ces troubles, la littérature souligne les troubles dits "émotionnels" qui comportent les troubles anxieux, les troubles dépressifs sans caractéristiques psychotiques, les TSPT ainsi que les troubles obsessionnels-compulsifs (TOC). Les troubles du comportement ainsi que les troubles de l'usage des substances seraient aussi concernés (5). Enfin, la continuité des soins serait limitée pour les jeunes ayant des pathologies psychiatriques ne nécessitant pas de thérapeutiques pour leur prise en charge (4).

Enfin, selon l'étude IMPACT, il n'y aurait toutefois pas d'impact de la classe sociale du patient sur le relais de ses soins (43).

En résumé, la transition des soins en PA présente un risque accru de discontinuité, notamment pour les TND comme le TDAH et le TSA, ainsi que pour les troubles émergents de la personnalité et les troubles émotionnels. Le manque de services adaptés et la disparité des critères d'admission compliquent cette transition, entraînant souvent une rupture des soins. Ces jeunes sont fréquemment orientés vers des soins primaires, insuffisants pour répondre à leurs besoins spécifiques.

v. *Devenir des adolescents après la transition*

La transition depuis la PEA vers la PA a été décrite comme un " *trou noir* " dans la littérature, dans le sens où il a été démontré une discontinuité des soins dans 50 % des cas (4,66). L'étude réalisée en Australie-Occidentale identifie quatre voies possibles au

moment où la question de la transition se pose pour l'adolescent :

- *Non référé aux services de santé mentale pour adultes.*
- *Référé directement à la PA.*
- *Référé de manière retardée à la PA.*
- *Référé mais non accepté par la PA (82).*

L'étude réalisée par MILESTONE, les pédopsychiatres estiment qu'environ 60% de leurs patients nécessitent de poursuivre leur suivi en PA dans le cadre de leur traitement. De ceux-ci, seuls environ 32% ont effectivement bénéficié d'une transition en PA (62). La revue de la littérature réalisée par R.Appleton and coll., environ un quart des adolescents continuent à recevoir des soins dans les services de PA après avoir quitté les services de PEA (67). Cependant, de tous les jeunes adressés à la PA, 93% d'entre eux seraient acceptés pour continuer leur soins en adultes. L'étude souligne également que la première raison de défaut de prise en charge en PA était le refus de l'adolescent ou des parents (5). Cela laisse à penser que la PA ne refuserait pas systématiquement de poursuivre le suivi des adolescents initié en PEA, et que les problématiques se situent en amont de cet adressage à la PA. Ce chiffre peut tout de même baisser énormément en fonction des indications, en particulier chez les adolescents avec un trouble du spectre autistique (80).

Cela implique un défaut de continuité des soins en psychiatrie qui se compenserait de différentes manières. Lorsqu'il n'y a pas de transition entre la PEA et la PA, les jeunes expérimentent alors un arrêt total de leur soins psychiatriques pour certains, tandis que pour d'autres, ils seraient pris en charge par leur médecin traitant, en privé ou en PEA malgré l'âge limite dépassé (5,67). Les jeunes qui ne parviennent pas à effectuer une transition réussie vers les services de santé mentale pour adultes, malgré un besoin de soins continu, sont considérés comme ayant «*glissé entre les mailles*» des services.

Actuellement, nous ne savons pas ce qu'il advient de ces jeunes, ce qui a été qualifié de «*cause sérieuse de préoccupation*» selon Singh et coll. (63).

Enfin, parmi les adolescents n'ayant pas effectué leur transition vers la PA, certains bénéficient néanmoins d'une poursuite d'un accompagnement médical. La moitié de ceux ayant une indication (c'est-à-dire 75% des adolescents concernés par cette étude) et n'étant pas référé à la PA par la PEA (45%) poursuivent leur suivi en PEA au-delà d'un an (83). Une autre étude fait le même constat, avec selon les auteurs un quart des adolescents qui resteraient en PEA après l'âge limite de transition vers la PA (67). Les autres jeunes qui ne sont pas adressés depuis la PEA aux psychiatres adultes seraient orientés en grande partie vers les médecins généralistes ou encore vers des soins dans le privé (4,67).

En conclusion, les orientations au moment du relais de soins varient. Certains adolescents sont orientés vers la PA et y poursuivent leur suivi au long cours lorsque leur demande de relais est acceptée, ce qui pourrait toutefois ne pas être le cas pour les jeunes ayant un TSA. Lorsqu'ils ne bénéficient pas d'une continuité des soins en PA, les jeunes peuvent soit interrompre leur suivi brutalement, soit être redirigés vers des suivis alternatifs. Il arrive enfin souvent que les suivis des adolescents se poursuivent en PEA.

3. La transition des soins en France, une absence de consensus

La transition des soins de la PEA vers la PA en France est entravée par un manque de consensus national et de recherches spécifiques. Les données démographiques sur cette période de transition sont quasiment inexistantes, que ce soit à l'échelle nationale ou régionale, rendant difficile l'estimation du nombre de jeunes concernés par cette transition.

En conséquence, les pratiques varient fortement d'une région à l'autre et même d'un secteur à l'autre, en fonction des ressources locales, des services disponibles et des décisions individuelles des équipes médicales 42.

Peu de recherches ont été menées sur le sol français concernant ce sujet. L'étude de Dhôte et al. met en lumière que cette absence de cadre national structuré pour organiser la transition crée des ruptures de soin, avec des conséquences souvent délétères pour les jeunes (84). Cela conduit à des désengagements de suivi ou à des périodes sans prise en charge lorsque les services de PA ne sont pas préparés à accueillir ces jeunes patients dans la continuité des soins. En outre, l'étude de Schandrin et al., réalisée au CHU de Montpellier, révèle que 48 % des adolescents concernés par cette transition connaissent une interruption de suivi de trois mois ou plus, un chiffre qui reflète l'ampleur du problème à l'échelle locale, mais qui pourrait être représentatif de la situation dans d'autres régions françaises également (85). Ces chiffres sont proches de ceux retrouvés au Royaume-Unis retrouvés dans l'étude MILESTONE (62).

Le manque de protocole uniforme en France signifie que chaque équipe de PEA doit juger au cas par cas de la nécessité et des modalités de la transition vers la PA. Cette approche non standardisée conduit à des inégalités dans la qualité des soins prodigués aux jeunes en fonction de leur lieu de résidence. Selon l'étude européenne MILESTONE, la France fait partie des pays où environ 50 % des adolescents atteignant la limite d'âge de la PEA ne bénéficient pas d'un transfert de soins adéquat vers les services de PA, exacerbant les risques de rupture de soin pour des pathologies sévères comme les troubles bipolaires et les psychoses . Cette étude pointe aussi le manque de données sur les méthodes employées en France concernant la transition de soins. Ce manque de consensus pousserait donc les pédopsychiatres et les équipes de PEA à faire ce qu'ils peuvent pour

organiser la transition sur leur secteur (62). Bien que la Haute Autorité de Santé (HAS) ait lancé en 2018 un programme pluriannuel (2018-2023) visant à améliorer la transition entre la PEA et la PA, l'organisation actuelle reste très hétérogène (75). Les Agences régionales de santé (ARS) pointent également cette problématique sur plusieurs territoires et tentent depuis plusieurs années d'apporter des solutions. L'étude précédemment citée de Schandrin et al. rapporte que la période de la transition de soin s'inscrit dans les priorités du plan stratégique de santé de l'Agence régionale de santé du Languedoc-Roussillon publié en avril 2011 (85). L'une des propositions mise en avant ces dernières années sont les Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM). Ce sont des dispositifs introduits par la loi de modernisation de la santé de 2016, destinés à organiser la coordination des acteurs de santé mentale au niveau territorial (départements ou régions). Ils visent à mieux structurer les parcours de soins en santé mentale en tenant compte des besoins locaux, tout en facilitant la collaboration entre les services médicaux, sociaux et médico-sociaux pour améliorer la prise en charge des patients, y compris lors de la transition entre PEA et PA (25). Toutefois, la HAS reconnaît que ces initiatives sont encore trop disparates et ne permettent pas d'établir une pratique uniforme à l'échelle nationale. Ce manque de coordination renforce l'urgence de collecter des données plus précises pour identifier les lacunes dans les pratiques courantes et proposer un consensus adapté, à la fois au niveau local, régional et national.

4. Objectifs principaux de la recherche

L'adolescence est une période de la vie où l'on fait face à de nombreux changements sur les plans biologiques, physiques, cognitifs, affectifs, sociaux, et culturels. Ceux-ci constituent des facteurs de vulnérabilité supplémentaires dans la gestion du trouble

psychiatrique. C'est pourtant à cette même période que doit s'articuler la transition de soins entre le suivi PEA parfois très étayé, et le nouveau suivi en PA, sans consensus en termes d'organisation et de relai de soins adapté aux besoins de l'adolescent. Ces diverses difficultés ont pu être observées et détaillées dans la littérature scientifique concernant les maladies chroniques en pédiatrie nécessitant une continuité des soins, pour lesquelles il a pu être réfléchi et mis en place des stratégies d'amélioration. Nous visons à mettre en évidence la perception des professionnels des services de PEA et services de PA impliqués dans ce processus de relai de soin en psychiatrie. L'objectif principal est de mettre en avant les facteurs limitants et favorisants qui influencent la transition des soins en pratique courante. Ces résultats pourront nourrir une réflexion sur la stratégie à adopter afin d'optimiser au mieux la continuité des soins et garantir une transition plus fluide et efficace pour les patients. Ce travail s'inscrit dans le cadre d'une recherche réalisée en collaboration avec A.TABYAOUI, dont l'objectif de recherche s'oriente sur les relations et les pratiques interprofessionnelles entre les services de PEA et de PA dans le contexte de la transition des soins. Nous n'avons pas d'objectifs secondaires dans cette étude.

Matériel et méthode

1. Méthodologie de l'analyse thématique inductive

Le processus de transition de soins en pratique courante reste pour l'instant peu étudié. Afin d'explorer ce phénomène, nous avons choisi d'utiliser une méthodologie d'analyse interprétative phénoménologique (IPA). Cela consistait à coder chaque partie du texte, pour faire émerger des thèmes illustrés par des verbatims, regroupés en méthatèmes. Le recueil de données choisi ici se fera sous forme de focus group. Il s'agit

de groupes de discussion semi-structurés, modérés et observés par deux investigateurs neutres. L'objectif de la méthode qualitative par focus group est de faire émerger des représentations ainsi que des réflexions de groupe selon les expériences et le vécu de chacun à propos d'une problématique ciblée. La suite de travail consistait à les confronter à la littérature existante pour en retirer des pistes de réflexion.

2. Choix de la population

La sélection des participants s'est effectuée parmi une population cible permettant de répondre aux questionnements de cette étude. Dans le but d'examiner la transition de soins d'un intersecteur PEA vers le service de PA correspondant, les groupes comprenaient des professionnels issus de ces deux services (cela peut être la même institution). Selon la méthodologie de la méthode qualitative en focus group, les groupes étaient composés de 4 à 12 personnes volontaires, non rémunérées, pour intervenir à propos de leur pratique auprès des adolescents dans le relais de soins. Nous avons proposé à l'intersecteur 62i01 et aux secteurs adultes correspondants 62g01 et 62g02 correspondant à l'agglomération de Calais ; à l'intersecteur 59i05 et au secteur adulte correspondant 59g23 dans la partie sud de Lille ; et à l'intersecteur 59i06 et son secteur adulte correspondant 59g10 dans l'agglomération de former les différents focus group. Le recrutement s'est effectué sur la base du volontariat. Les propositions ont été adressées aux secrétariats des CMP concernés (des CMP l'Enfant et de l'Adolescent et les CMP Adultes) afin de les relayer aux professionnels de santé y travaillant. qui étaient informés au préalable du sujet global des groupes de discussion. Un questionnaire anonyme a été remis à tous les participants dans le but de caractériser chaque focus group sur le plan socio-démographique. Des fiches de renseignements concernant la réalisation de l'étude

ont également été distribuées, avec un recueil de consentement écrit à la participation au focus group et à l'enregistrement.

3. Recueil des données

Un guide d'entretien a été élaboré pour garantir la reproductibilité et la cohérence des entretiens semi-structurés, conformément à la méthodologie des focus groups. Le guide a été conçu pour encourager l'expression libre des participants par des questions ouvertes, tout en permettant au "modérateur" de maintenir une dynamique d'échange efficace. "L'observateur" quant à lui étudiait les éléments non-verbaux. L'analyse des propos échangés était possible grâce à l'enregistrement de la discussion entre les intervenants et le modérateur.

4. Protocole

Les sessions de focus group ont été modérées par L. Hardy, et observées par A. Tabyaoui. Nous avons établi 4 questions dans notre guide d'entretien semi-structuré ainsi que des questions de relance pour chaque grande questions, abordant différentes problématiques en lien avec notre sujet de recherche. Chaque focus group étant réalisés avec des professionnels de santé travaillant dans la même zone géographique, nous nous sommes déplacées sur leur lieu de travail pour les rencontrer afin de faciliter la réalisation des entretiens. Les séances débutaient par un temps d'information sur le déroulé de l'entretien et la remise de documents d'information sur l'étude, les questionnaires anonymisés de recueil de données socio-démographiques et les consentements écrits à l'enregistrement et l'utilisation des données dans le cadre de notre recherche. Nous avons

réalisé les enregistrements à l'aide de dictaphones, et nous avons ensuite retranscrit mot à mot et de manière anonymisée l'intégralité des échanges. Une fois la retranscription de chaque focus group effectuée, nous les avons analysées, suivant la méthodologie de l'IPA via le logiciel informatique N'Vivo.

Résultats

1. Caractéristiques sociodémographiques des participants

a. Focus group 1 : Calais

Le premier focus que nous avons réalisé s'est déroulé le 09/04/2024, à l'hôpital de Calais. Le groupe était composé des participants volontaires, dont 2 travaillaient en PEA, 5 en PA et un dans les deux services à la fois, tous sur l'agglomération de Calais. Parmi eux figuraient 5 femmes et 3 hommes âgés de 35 à 52 ans. Les professions représentées étaient des infirmiers et secrétaires de PEA et PA ainsi qu'un pédopsychiatre et une psychiatre adulte. Concernant les volontaires travaillant en PEA, ceux-ci avaient entre 5 et 7 ans d'expérience en PEA et d'aucune à 14 ans d'expérience en PA. Les intervenants de PA avaient quant à eux une expérience de 12 à 33 ans en PA, et aucun d'entre eux n'avait d'expérience en PEA. De tous, une personne n'avait jamais eu d'expérience dans le travail de transition de soins tandis que les autres avaient jusqu'à 1 ans d'expériences dans ce domaine. Aucun professionnel présent à ce focus group n'avait eu accès à des temps de participation ou d'échange en lien avec la transition de soins.

b. Focus group 2 : Lille Sud

Le second focus group a eu lieu le 18/04/2024, au CMP de PEA de Lille Sud. Les participants étaient également des professionnels de santé mentale dont 2 de PEA et 3 de PA. Il s'agissait de 2 hommes et de 3 femmes, âgés de 42 à 60 ans, dont un psychiatre adulte, un psychologue de PA, une psychologue de PEA et deux infirmières de PEA et PA. L'expérience des professionnels de PEA en PA allait de 6 mois à 5 ans, et en PEA de 14 à 17 ans, tandis que celle des soignants de PA en PA allait de 3 ans à 23 ans et en PEA d'aucune expérience à 25 ans. Parmi la totalité du groupe, l'expérience de travail dans le processus de relai de soins allait de 1 an à 10 ans. Enfin, tous ces participants, aussi bien de PEA que de PA, ont eu des temps d'échanges en lien avec la transition des soins sous forme de groupes de travail et notamment d'inter équipe.

c. Focus group 3 : Pont-à-Marcq

Le dernier focus group s'est également déroulé le 19/04/2024 au CMP de PEA de Pont-à-Marcq, avec 5 professionnels de santé mentale de PA et 4 de PEA. Parmi eux, nous comptons 8 femmes et 1 homme, âgés de 32 à 60 ans. Il y avait une psychiatre adulte, une pédopsychiatre, deux psychologues (une de PEA et une de PA), un infirmier en pratique avancé de PA, deux infirmières (également une de PEA et une de PA), une cadre de santé de PA et enfin une éducatrice spécialisée travaillant dans une équipe mobile de PEA. Les professionnels de PEA avaient une expérience en PEA allant de 1 an et demi à 34 ans et en PA d'aucune expérience à 6 ans. Concernant ceux de PA, leur expérience en PEA était d'aucune pour 4 d'autres eux jusqu'à 10 ans, tandis que leur expérience en PA était de 12 à 36 ans. L'expérience du travail du relais de soins allait de 1 an et demi à 15 ans pour 4 des personnes présentes, 5 personnes n'ayant pas

renseigné cet item. Deux personnes n'avaient pas eu de temps de formations ou d'échange sur le sujet du relais de soins, tandis certains avaient pu avoir des réunions mensuelles pour organiser le relais des adolescents, une personne avait réalisé un DU de l'adolescent, une deuxième personne avait participé à une journée DIPPEJAAD, une autre avait participé à une groupe d'analyse de pratique et une dernière personne avait participé à un group de travail.

d. Tableau récapitulatif

N° des participants	Date de focus group en 2024	Sexe	Âge	Profession	Nombre d'années d'expérience en PA	Nombre d'années d'expérience en PEA	Formation ou participation à des échanges en lien la transition des soins	Nombre d'années d'expérience travaillés dans la transition des soins
e.1.1	09/04	M	36 ans	Pédopsychiatre	5 ans	7 ans	Non	4 ans
e.1.2	09/04	F	47 ans	IDE en PEA	14 ans	9 ans	Non	9 ans
e.1.3	09/04	F	52 ans	Secrétaire en PEA	Aucune	5 ans	Non	5 ans
a.1.4	09/04	F	42 ans	Secrétaire en PA	22 ans	Aucune	Non	10 ans
a.1.5	09/04	F	41 ans	Psychiatre	12 ans	Aucune	Non	10 ans
a.1.6	09/04	F	54 ans	IDE en PA	33 ans	Aucune	Non	10 ans
a.1.7	09/04	M	45 ans	IDE en PA	23 ans	Aucune	Non	6 ans
a.1.8	09/04	M	35 ans	IDE en PA	12 ans	Aucune	Non	Aucune
a.2.1	18/04	M	60 ans	Psychiatre	3 ans	25 ans	Oui : échanges inter équipes	10 ans
a.2.2	18/04	M	44 ans	Psychologue en PA	16 ans	Aucune	Oui : groupes de travail	1 an
a.2.3	18/04	F	44 ans	IDE en PA	23 ans	Aucune	Oui : groupes de travail	1 an et demi
e.2.4	18/04	F	46 ans	IDE en PEA	5 ans	14 ans	Oui : groupes de travail	7 ans
e.2.5	18/04	F	42 ans	Psychologue en PEA	6 mois	17 ans	Oui : groupes de travail	7 ans
a.3.1	18/04	F	42 ans	Psychiatre	18 ans	Aucune	Non	Non renseigné

a.3.2	18/04	F	62 ans	Psychologue en PA	36 ans	Aucune	Oui : réunions mensuelles pour organiser les relais des adolescents	Non renseigné
a.3.3	18/04	M	36 ans	IPA en PA	12 ans	Aucune	Oui : DU clinique de l'adolescent; continuité de l'enfance à l'âge adulte / réunions mensuelles pour organiser les relais des adolescents	Non renseigné
e.3.4	18/04	F	41 ans	Éducatrice spécialisée sur une équipe mobile PEA	Aucune	1 an et demi	Non	1 an et demi
e.3.5	18/04	F	60 ans	IDE en PEA	6 ans	34 ans	Oui : groupes de travail / réunions mensuelles pour organiser les relais des adolescents	15 ans
a.3.6	18/04	F	55 ans	Cadre de santé en PA	20 ans	10 ans	Oui : analyse de pratiques	10 ans
a.3.7	18/04	F	44 ans	IDE en PA	23 ans	Aucune	Oui : journée DIPPEJAAD / réunions mensuelles pour organiser les relais des adolescents	3 ans
e.3.8	18/04	F	32 ans	Psychologue en PEA	1 an	6 ans et demi	Oui : réunions mensuelles pour organiser les relais des adolescents	Non renseigné
e.3.9	18/04	F	48 ans	Pédopsychiatre	Aucune	20 ans	Oui : réunions mensuelles pour organiser les relais des adolescents	Non renseigné

2. Présentation des métathèmes

a. Un processus de transition limité par un manque d'implication et d'adhésion des adolescents et de leur entourage

i. Evolution de l'implication parentale

Il est mis en avant que durant le suivi en PEA, les parents ou les responsables légaux sont impliqués par les professionnels dans la prise en charge de leurs enfants.

P.e.3.6. : “ Il y a l'espace de l'ado avec son thérapeute à lui, où il va être un peu protégé, il va avoir une espèce d'étanchéité, et l'espace où ça réunit les parents à ce moment-là avec le médecin. ”

Cependant, les familles s'investiraient moins, selon un professionnel de PA, dans les suivis des patients en PA , étant par ailleurs moins impliquées par les professionnels et de fait l'accord parental n'est plus nécessaire chez les patients majeurs. Elles seraient de ce fait parfois moins étayantes.

P.a.2.2 : “ Mais vous avez vu au CMP le nombre de familles qu'on reçoit, en plus du patient ? C'est anecdotique. ”

P.a.1.6 : “ [...] il y a des fois si le jeune adulte me dit « bah non j'ai pas envie que vous receviez ma mère ou mon père » bah c'est tout et quand il repart « ba il vous racontera je vous dis » c'est vrai que c'est forcément problématique après chez les adultes puisque nous légalement il est majeur on n'a pas à donner d'infos [...] ”

ii. Inquiétude des adolescents lors du relais de soin

Selon certains professionnels, des adolescents et leur entourage arrêteraient d'eux même les suivis au moment de la transition, ne menant pas toujours ce processus à son terme.

P.a.1.6 : “ [...] je pense que comme vous disiez hein, c'est compliqué pour ces jeunes de faire le pas, passer chez l'adulte donc ils préfèrent peut-être arrêter aussi d'eux même [...] ”

Lorsque la transition des soins se réalise, les premiers entretiens en PA révèlent souvent des fragilités. Par ailleurs, certains adolescents, après quelques rendez-vous en PA, cessent le suivi lorsque leur situation s'améliore.

P.a3.6 : “ En tout cas moi ceux que j'ai pu avoir il y a quelque temps qui étaient adressés en direct par le psycho je fais toujours une évaluation, deux trois rendez-vous, et au final ils se sont rendus compte qu'il n'y avait pas besoin. ”

P.a.2.3 : “ Les premiers entretiens comme ça, c'est jamais évident hein. On sent que c'est fragile. ”

Les adolescents ressentiraient souvent de la crainte et de l'incompréhension face à la PA. Il existerait des différences qui pourraient inquiéter l'adolescent au moment du relai de soins. Par exemple, l'autonomie recherchée en PA pourrait rendre la transition complexe pour les adolescents, surtout après avoir quitté le cocon de la PEA. La moindre fréquence des hospitalisations et les différences entre la PEA et la PA seraient souvent mal vécues, entraînant un ressenti négatif pendant la transition.

P.a.2.2 : “ [...] la transition elle est ... très, très compliquée ne serait-ce qu'à ce niveau-là, on va lui demander... On va viser l'autonomie. ”

P.a1.7 : “ [...] cette transition d'un jeune qui va passer sur le secteur adulte, on a souvent récupéré des jeunes qui avaient la sensation d'être abandonnés, il y a tout ce travail effectivement à refaire « ben on veut plus de moi de l'autre côté, on vous envoie » .. il faut reprendre en fait tout ça en expliquant qu'effectivement « Non c'est... C'est l'évolution, tu grandis » ”

P.a.3.5. “ [...] parfois quand on a des jeunes qui ont pas mal été hospitalisés en pédo euh des fois on se dit « bah c'est plus comme ça », ça ça coince un peu [...] ”

La discontinuité des références médicales avec notamment le changement de thérapeute référent, ainsi que les rôles flous entre la PEA et la PA pourraient être source d'angoisse chez l'adolescent. Certains professionnels estiment également que la présence de la PEA au premier entretien de la PA pourrait être confondante pour l'adolescent plus que rassurant.

P.a.1.6 : “ C'est toujours compliqué pour un patient quand il a eu un médecin pendant un certain temps et qu'on lui dit il va falloir changer de médecin [...] des périodes où on avait peu de médecins des médecins qui ... des remplaçants qui venaient pour de courtes durées etc ... donc on a des patients qui ont dû raconter leurs histoires x fois donc c'est compliqué toujours pour les patients de changer de médecin. ”

P.a.3.6. : “ Non, mais il faut vraiment prendre le temps de ça au départ, pour ne pas être après dans des enjeux de triangulation, de qui fait quoi, si ce n'est pas clair pour nous, ça ne va pas aller pour le jeune.”

P.a.3.5. : “ Après, on a fait quelques relais communs en se déplaçant. Pour moi, j'ai mon ressenti, par rapport à ça. Je n'ai pas trouvé un intérêt à la démarche. Parce que finalement, le jeune va se tourner vers la personne avec qui il a l'habitude. On est là en observation, on pose quelques questions. Je n'ai pas eu l'impression d'un truc qui favorisait le lien, spécialement avec la nouvelle personne.”

En arrivant en PA, les jeunes patients auraient selon les professionnels un vécu difficile de l'hospitalisation de part le nouveau cadre ou encore la crainte des patients adultes. Ils

rencontrent alors des difficultés d'adaptation, ressentant un vécu négatif, se montrant moins ouverts et ayant le sentiment d'être punis en étant en PA.

P.a.1.7 : “ Même en intra, on l'a connu, le fait de quitter le service des ados pour aller de l'autre côté, je passe la barrière ou je descends d'un étage je ... c'est souvent un peu vécu comme une sanction, une punition alors c'est juste un relais hein ! En fait les premiers jours sont assez compliqués. ”

P.a.1.7 “ C'est ça. Quand il arrive dans le monde adulte, quand il ouvre la porte du service, qu'il voit des patients déambulant dans le couloir ou un peu en errance, tout de suite il se demande je pense dans quel monde il arrive.”

Enfin, les parents vivraient également difficilement le passage en PA de leur enfant, notamment lorsque ceux-ci deviennent majeurs. Ils n'ont en effet plus accès de manière systématique aux informations concernant leur enfants et craignent pour eux concernant l'hospitalisation dans les services de PA.

P.e.1.1 : “ [...] mais dans cette transition en tout cas, dès 18 ans c'est quelque chose que les parents vivent, de dire « avant il disait tout le médecin et maintenant il demande à l'ado, à mon enfant s'il a le droit de me parler » et il y a quelques parents qui tiquent, surtout quand pendant des années on leur a parlé euh [...] ”.

P.e.1.3 : “ Ça des fois c'est dur à faire comprendre aux familles que son enfant c'est plus un petit, c'est un adulte. Ça c'est ... c'est une la difficulté qu'on a. ”

P3.3 : “ Et puis ces difficultés pour les parents que bah oui, il n'y a pas forcément un service que avec des ados, que des ados avec des ados, que non ça y est ils vont passer à l'adulte et ça s'est, ça coince souvent... ”

iii. Changement dans l'implication de l'adolescent dans ses soins

Les professionnels de santé s'adresseraient, selon l'avis des intervenants, différemment aux jeunes patients en fonction de leur profession, de leurs habitudes, ou de l'âge du patient. En PEA, il serait courant de tutoyer le patient, puis de demander en début de suivi en PA s'il préfère être tutoyé ou vouvoyé. Les patients suivis depuis longtemps pourraient également être plus souvent tutoyés. Il a enfin été discuté que le mode d'adressage pourrait avoir un impact sur le patient.

P.a.1.7 : “ [...] il y a des jeunes que ... il est suivi pendant des années où effectivement le tutoiement s'installe et du jour au lendemain ils arrivent, c'est « vous » euh ... y a déjà une petite claque qui se met tout de suite d'entrée. ”

P.e.1.1 : “ Mais ça n'a pas la même valence. Chez l'adulte qu'on tutoie c'est une proximité. Chez l'adolescent c'est qu'on le met à sa place d'adolescent. Ça n'a pas le même sens le tutoiement entre l'adolescent et l'adulte. ”

La position de l'adolescent dans ses soins évoluerait avec la transition de soins. Le lien serait plus “maternant” en PEA permettant une relation proche tandis qu'en PA la relation devient plus distante. De plus, l'autonomie de l'adolescent serait davantage recherchée en PA. Cela se traduirait par une responsabilité de sa prise en charge en psychiatrie qu'à l'extérieur dans sa vie quotidienne, alors que l'autonomie en PEA se travaillerait par une recherche d'individuation du patient.

P.a.1.4 : “ Je pense qu'il y a ce côté fort maternant qu'il y a chez les CMP ados, qu'on retrouve beaucoup moins nous de notre côté. ”

Pa3.9 : “ Du coup l'idée c'est de dire bah OK nous on a des informations, on sait un peu ce qui s'est passé etc, et là l'idée c'est d'autonomiser un peu l'adolescent ou souvent ses parents quand même qui nous contactent pour vraiment faire la

démarche et l'investir aussi dans les soins auprès du CMP adulte. Nous on attend qu'il nous contacte. ”

P.e.2.4 : “ Après, la question d'autonomisation, on la porte un peu autrement. On essaie de travailler quand même la question d'autonomisation, d'individuation, de séparation d'avec les parents. ”

Ils hésiteraient parfois à continuer le suivi en psychiatre adulte, notamment après un premier épisode psychotique. Cependant certains adolescents préféreraient l'approche de la PA, en s'adaptant progressivement à son fonctionnement. Le cadre serait notamment parfois moins strict, facilitant ainsi le relais de soins.

P.a.2.2 : “Et une fois que l'épisode psychotique est passé, il y en a beaucoup qui disparaissent du suivi. Bah oui.”

P.a.1.8 : “ [...] il y a des jeunes qui sont comme ça et après ils finissent par dire « han mais non, ça me fait du bien d'être avec des adultes euh ... je me sens grandir.”

P.a.1.1 : “ Franchement par exemple [...] qui avait connu 4 saisons euh ... et la dureté des règles des 4 saisons à la fin dit « non je préfère largement être au SAO euh » parce que voilà, forcément on adapte les cadres à l'unité et c'était beaucoup beaucoup plus léger.”

b. Des limites dues aux pratiques professionnelles, entravant le processus de transition

i. Manque d'engagement des professionnels dans le processus de transition

Il existerait selon les participants une réticence des professionnels dans la prise en charge auprès du public adolescent aussi bien en adulte qu'en PEA. Certains professionnels estimeraient d'ailleurs que les adolescents ne devraient pas être pris en charge en PA.

P.e.2.4 : “ Puis même au sein de la pédo on a pas tous envie de faire de l'ado enfin je ... Je trouve que c'est aussi une tranche d'âge particulière ”

P.a.2.2 : “ J'ai des collègues qui disent qui le disent très clairement, “les ados, c'est non”. Qu'ils soient considérés ados ou adultes, on s'en fout, ou jeunes euh ...”

L'efficience du processus de transition entre les services de PEA et de PA serait influencée par l'engagement des professionnels de l'équipe soignante.

P.a.2.3 : “ Si on part du principe, contrairement à l'équipe qui s'est engagée là et qui n'était pas volontaire, si les gens s'engagent et sont volontaires, c'est déjà plus facile.”

Mettant en avant une relation thérapeutique marquée par des angoisses de séparation possibles entre patients et professionnels de PEA. des participants relatent que le suivi serait parfois plus difficile à arrêter pour faire le relais vers la PA. Ceci peut entraver non seulement la transition des soins mais également l'efficience des soins proposés par un maintien en PEA..

P.a.1.5 : “ [...] donc avec le lien affectif qui s'était créé avec les soignants on rompt ça et le fonctionnement avec l'adulte est complètement différent. ”

P.e.2.5 : “ L'angoisse du patient et potentiellement celle du soignant, devoir provoquer cette séparation, confier...”

P.e.2.4 : “ Et vraiment, le fait qu'on s'accroche encore à vouloir la porter parce que ... parce que bon elle avait des pensées depuis longtemps, parce qu'elle faisait jouer ça, en fait, on se disait que vraiment en fait on lui rendait pas service. ”

ii. Manque de cohésion PEA-PA

Des participants ont proposé qu'un des facteurs limitant l'efficacité de la transition des soins entre PEA et PA puisse découler d'une méconnaissance mutuelle des pratiques professionnelles entre les services correspondants de PEA et la PA. Il est relevé qu'il pouvait y avoir un manque de prise de conscience des difficultés et enjeux du processus de transition entre les services de PEA et PA.

P.a.2.2 : “ Ne sachant pas ce que l'autre fait, comment l'autre fonctionne, travaille, protocoliser quoi que ce soit, c'est tout simplement impossible.”

P.e.2.5 : “ Ça, c'est assez juste qu'on n'avait pas forcément en tête que ça pouvait vous poser des difficultés. ”

Selon les participants au focus group, l'impact sur la transition pourrait dépendre de la qualité du lien entre la PEA et la PA. Des relais de soins pourraient être entravés par des désaccords entre médecins.

P.a.2.1 : “C'est vrai qu'il y a des endroits où le lien, il est pas pareil. Donc quand ça ne se passe pas bien, ça se répercute sur la transition. Alors que dans les endroits où il y a déjà des liens, des échanges, ça se fait mieux.”

P.e.3.3 : “ Par contre, elle était hospitalisée non-stop, à [...], avec un médecin très investi, qui avait bien ses idées sur la question. C'est-à-dire qu'il y avait une autre

personne mais qui ne faisait pas partie des réunions, qui n'était pas tout à fait pour le relais adulte."

Il existerait un manque de communication entre les différents professionnels, aussi bien dans un même service qu'entre la PEA et la PA , avec par exemple un défaut de transmission d'informations concernant les patients. A cela peuvent s'ajouter des conflits entre la PEA et la PA selon certains participants.

P.e.1.1 : " Et je pense que rien qu'en EPSM car après c'est des guerres politiques hein, il faut dire ce que c'est, entre les pôles de pédopsys et les pôles adultes, c'est des guerres politiques. "

P.a.2.1 : " Il y a quand même, avec l'évolution, quelques patients, c'est bien, les patients qui acceptent, son dossier etc, euh .. il y a de moins en moins de choses dans les courriers quand même. "

P.a.3.3 : " Non, mais je vois, cette fois-là, ce qui avait été frustrant, c'est que vous aviez une IP à faire. Je m'en souviens de cette histoire. Vous aviez mis des éléments, vous avez fait une IP, on s'était retrouvé avec ça, et puis, en fait, on ne pouvait plus se voir. Et quand on avait proposé une synthèse, vous ne pouviez pas."

iii. *Les professionnels de PA en difficulté devant les spécificités clinique des troubles psychiatriques chez l'adolescent*

Les troubles débutant pendant l'enfance avec un retentissement sur les apprentissages et les spécificités cliniques pédopsychiatriques peuvent être encore observés chez des adolescents de 18-20 ans et entraîner des difficultés lors de la prise en charge en PA.

P.e.1.1 : “ Et puis aussi des fois on a des adultes de 18-20 ans qui sont pris en charge du CMP adulte mais qui sont vraiment dans une problématique adolescente. ”

P.a.1.5 : “ Ils sont quand même toujours dans les problématiques ado alors, les dys et tout les machins là, alors l'arrivée à la fac est un peu difficile. ”

L'absence de demande claire de la part des patients adolescents mettrait les soignants de PA en difficulté, surtout si la demande ne vient pas directement de l'adolescent ou qu'elle est difficile à formuler par celui-ci et évoluerait au fil du temps.

P.a.2.3 : “ Et en fait, nous, on s'est vite retrouvés complètement désarçonnés parce qu'on s'est dit ben, il devrait avoir une demande, il devrait être motivé, il devrait avoir un objectif. Et nous, quand on voit tout le contraire ba c'est compliqué, nous on ne savait pas quoi faire, en fait [...] ”

P.a.2.3 : “ En fait, il n'y avait pas de demande. Le gamin, tout seul, il ne parlait pas, il avait une attitude prostrée, il regardait ses pieds, il était en position complète. Il était amené par sa maman qui, elle, voyait l'intérêt. Le gamin, non. ”

P.a.3.7 : “ oui puis on part sur des problématiques tout autres. Par exemple, sur une jeune fille, j'avais demandé le dossier, puis quand elle vient on parle de quelque chose qui n'a vraiment plus rien à voir. ”

Les pathologies émergentes durant la phase adolescent, les troubles de la personnalité borderline, et les nombreux passages à l'acte entraînent des difficultés dans la prise en charge en regard de la sévérité des troubles

P.a.2.1 : “ Il y a les passages à l'acte répétés, des troubles de persos peut être émergents, d'autres pathologies psy et c'est vrai que ça semble beaucoup quand on parle de la pédo. Cette partie d'âge-là est particulièrement pas évidente. ”

La transition des soins peut être entravée par le manque d'adaptabilité des services de soin adulte aux spécificités adolescentes. L'hospitalisation en PA serait parfois la seule option pour les adolescents en cas de dangerosité ou de manque d'autres alternatives, bien qu'elle ne soit généralement pas bien adaptée à eux. Pour faciliter ces hospitalisations en adulte, certains soignants ont réfléchi à séparer dans le service les adolescents des patients adultes chroniques.

P.a.1.5 : “ Et euh quand la problématique elle est trop dangereuse pour être confrontée à des adolescents, parce qu'il y en a de 14 ans fragiles, donc si c'est des sociopathes en puissance généralement on va les mettre chez les adultes. ”

P.a.2.3 : “ Parce que les jeunes de 16 ans, effectivement, la difficulté chez nous ben c'est que c'est un monde l'intra hospitalier, fin .. Les jeunes, je pense que les médecins font tout pour éviter de les placer là, que s'ils en sont là c'est que vraiment ils n'ont pas de possibilité [...] ”

P.a.1.7 : “ [...] après nous on essaie de s'adapter au mieux et faire en sorte y ait pas trop de chassé-croisé entre les ados et les adultes en fait dans le service. ”

iv. Une transition limitée par la complexité des situations dûes aux dimensions parentales et médico-légales

Certains intervenants mettent en avant plusieurs points de difficultés en lien avec l'implication des parents des patients dans les soins, avec notamment le fait que leur présence pourrait induire une réticence des adolescents à s'exprimer, que leur implication serait excessive ou désorganisantes dans les prise en charge, ou que les séparations rendraient complexes les suivis et le processus de transition.

P.a.1.6 : “ Mais parfois on sait très bien que si papa, maman ou il a... la parole elle sera pas la même, il y a des choses qui vont pouvoir se dire qui se diront pas si l'adulte est là ”

P.e.3.6. : “ Et puis aussi, pour les mineurs, quand un des deux parents ne veut pas le suivi, ou n'est pas d'accord, ça, ce n'est pas évident aussi, en fait. Il y en a qui refusent... un des parents qui refuse le suivi, l'autre qui insiste, ou ils ne sont pas d'accord. Il y a le relais. Ils se retrouvent coincés. ”

P.a.3.3. : “ Les parents aussi qui appellent des deux côtés ! ”

Une des difficultés mises en avant par les professionnels de PA serait les spécificités médico-légales de la prise en charge des adolescents, cela nécessitant une adaptabilité organisationnelle qui peut être difficile à mettre en place.

P.a.2.2 : “ Cette question-là on l'avait abordée aussi et mettre en lumière le fait que voilà il fallait demander la dérogation, l'accord parental pour enfants mineurs et ça aussi, c'est pas dans nos... Dans notre esprit, en fait, hein, avec les adultes, on dit « Ah oui, c'est vrai, ah oui ! » ”

P.a.2.3 : “ [...] on sait que chez les jeunes il faut être réactif. Faut savoir que ça demande du temps, de la disponibilité ou la capacité de savoir le faire, de la place dans son planning qui est déjà serré serré serré. Donc c'est pas forcément toujours évident.”

Les intervenants rapportent une nécessité d'adaptation du cadre légal dans l'institution, la prise en charge des mineurs avec notamment l'accord parental bien que loi donnerait la priorité aux soins, permettant de débiter le suivi en PA même en l'absence d'autorisation initiale.

P.e.1.1 : “ le travail que j'ai fait c'est aussi en arrivant c'est aussi de remettre les euh ... les procédures réglementaires c'est-à-dire déjà l'accord parental ! On signait pas d'accord parental au CMP ados avant, maintenant on signe un accord parental systématiquement. C'est ce genre de choses voilà qu'on a travaillé.”

P.a.2.3 : “Mais nous aussi, on a cette tolérance de pouvoir accueillir, même s'il n'y a pas d'autorisation au tout début, mais que, voilà, on sait que si on voit que si les soins perdurent, il y a cette question qui doit venir assez rapidement nous alerter, quoi.”

c. La transition confrontée aux différences culturelles et organisationnelles entre les pratiques en PA et PEA

i. Une transition influencée par des différences culturelles des pratiques en PEA et PA

Le maillage partenarial serait travaillé aussi bien en PEA qu'en PA. Cela inclurait les professionnels qui gravitent autour de l'enfant, tant au niveau scolaire, éducatif ou médical, tandis que la PA se reposerait essentiellement sur les partenaires sociaux pour renforcer le soutien et l'autonomie des patients dans leurs soins.

P.e.2.4 : “ [...] aller dans les écoles régulièrement, d'appeler l'orthophoniste libérale régulièrement, évidemment de voir les parents souvent, peut-être en lien avec le médecin traitant, avec euh ... avec parfois même les gens de ce qui concerne les accueils périscolaires [...] ”

P.a.2.3 : “ C'est vrai qu'on charge des partenaires sociaux, partenaires à l'extérieur qui nous aident dans les prises en charge parce que nous, on peut pas rappeler le jeune toutes les semaines pour lui rappeler ses rendez-vous. ”

Les différences de fonctionnement entre la PEA et la PA pourraient être problématiques pour les soignants, notamment en raison des variations dans les approches et les méthodes de travail entre ces deux secteurs.

P.a.1.5 : “ Il y a un cadre de soins qui est quand même complètement différent, je veux dire la prise en charge dans le service des adolescents n'a absolument rien à voir avec la prise en charge dans le service des adultes.”

P.a.3.9 : “ Après, je réfléchis aux difficultés. Après, on a une difficulté, peut-être ce qu'on peut avoir parfois, c'est qu'on n'a pas forcément toujours, ouais, la même approche, la même vision [...] ”

P.e.2.4 : “ [...] à la question de qu'est-ce qui peut être difficile, c'est vrai que le hiatus est quand même grand entre notre manière de travailler et la vôtre peut-être.”

En PEA, la culture de prise en charge est essentiellement en équipe pluridisciplinaire avec un partage des responsabilités et des regards croisés sur des situations, notamment par des consultations en binôme. En PA, la prise en charge se fait de manière plus individualisée avec par ailleurs un possible manque de temps institutionnel dédié aux échanges réguliers. La place de l'hospitalisation a également une différence entre PEA et PA dans la manière de prendre en charge les patients

P.e.2.5 : “ C'est très régulier que le référent, il soit pas seul en consultation. C'est plutôt très, très fréquent.”

P.e.1.1 : “ Mais même les gens je pense c'est plus une culture d'équipe c'est aussi juste notre culture qui est comme ça, on ne traite pas un ado de la même façon d'un adulte.”

P.a.2.3 : “ Mais de se faire croiser les différents personnels sur des situations données, et puis, on en check 10 sur une heure. Ce n'est pas toujours un temps en synthèse. Donc, on a un flux d'infos et on essaie de trouver des temps communs, de temps en temps, pour en parler. Mais sinon, on est chacun dans son couloir, dans son bureau.”

P.e.3.6 : “ Après parfois ça peut être aussi sur les demandes d’hospitalisation je pense des jeunes et des parents, on n’a pas du tout la même façon de faire [...] ”

En PEA, le travail est orienté vers le développement de l'enfant, tandis qu'en PA, la prise en charge semble plutôt cibler l'objectif d'une autonomisation des patients et leur intégration sociale. Les approches thérapeutiques spécifiques, comme celles concernant les TCA, varient également entre la PEA et la PA sur un même secteur et sont aussi des freins possibles à la transition des soins.

P.e.1.1 : “ [...] c'est qu'il n'y a pas de superposition sur les indications entre jeunes ados et adultes là-dessus, c'est que on a développé un parcours TCA et que pour l'instant il n'y a pas de.. ce développement en psychiatrie adulte [...] ”

P.a.1.5 : “ Il y a un cadre de soins qui est quand même complètement différent, je veux dire la prise en charge dans le service des adolescents n'a absolument rien à voir avec la prise en charge dans le service des adultes. ”

Les difficultés pourraient notamment apparaître, selon les intervenants, de par les différences de pratique entre les CMP et les secteurs. En raison de la complexité des cas, des variations dans l'organisation des soins et de l'offre disponible selon les territoires.

P.a.3.9 : “ Et puis c'est pas les mêmes territoires. L'offre de soins est aussi différente. ”

P.e.3.4 : “ [...] après, d'un CMP à l'autre, ils fonctionnent complètement différemment. ”

Il existerait enfin des différences entre les pratiques en PEA et en PA concernant l'implication des parents de l'adolescent dans leur prise en charge.

P.a.3.7. : “ Même si il y a les parents, on échange mais c’est très bref, je pense que vous, vous avez plus la culture de, quand même, incorporer, c’est normal, les parents dans la prise en charge et tout ça. ”

ii. Manque d’organisation de la transition

La bonne entente entre la PEA et la PA ne suffit pas à garantir une organisation efficace de la transition, illustrée par les tentatives antérieures de collaboration entre les deux services qui n’ont pas fonctionné, tant au niveau des soins que des collaborations inter-professionnelles.

P.e.2.4. : “ Après ça fait longtemps qu’il y a cette impulsion aussi à travailler ensemble, c’est vrai que c’est toujours un peu difficile que ça va tienne dans la durée...”

P.e.3.4. : “ Oui il y a eu un groupe théâtre qui a existé entre le CMP enfant et adulte, donc animé par un professionnel de santé du CMP enfant et un de CMP adulte. ”

Ensuite, lorsque le processus de transition est mis en place, il ne serait toutefois pas systématiquement protocolisé. D’ailleurs, le manque de communication entre professionnels impliqués dans les orientations de soins ou l’organisation de transition pour l’adolescent seraient un obstacle majeur pour ces processus.

P.e.2.4. : “ Par rapport à la transition, je voulais juste dire que... C’est pareil, c’est pas protocoliser. ”

P.e.1.1. : “ Chose qui facilite plus tous ces liens directs entre les chefs de service, on se répond très rapidement, on va se donner la réponse et vice-versa, donc en fait les problèmes vont toucher les services qui communiquent pas entre eux. ”

Les transitions intra-hospitalières poseraient des difficultés, étant perçues comme plus complexes que celles en ambulatoire. Les professionnels chercheraient à éviter ces transferts, sauf en cas d'absence d'indication de sortie d'hospitalisation. De plus, les transferts intra-hospitaliers entre la PEA et la PA seraient rares.

P.a.2.2. : “ C'est ça. Parce qu'on a quand même quelque cas où la transition se fait à cette occasion-là, justement, où c'est l'hospitalisation qui fait transition. Et là, c'est beaucoup plus compliqué. ”

P.e.1.1 : “ [...] moi c'est le même principe d'éviter de faire des transitions pendant l'hospitalisation [...] ”

P.a.1.7 : “ C'est vrai que moi sur les 22 ans de pratique en intra-hospitalier depuis 2018 quand il y a eu la création des ados, je crois qu'effectivement des ados qu'on a eu dans le secteur adulte, hormis la période estivale hein euh ... je veux dire entre 5 ou 6 transfert réellement de dossiers, c'est vraiment très très peu. ”

La transition entre la PEA et la PA serait parfois non aboutie, malgré une indication posée par la PEA. L'évocation d'un relais ne garantirait pas sa mise en œuvre effective, laissant certaines transitions sans suite.

P.e.3.12. : “ C'est-à-dire que, on nous disait, on fait relais pour tel patient, mais il pouvait y avoir un suivi qui se concluait pas vraiment. ”

Le nombre de relais ambulatoires entre les infirmiers de la PEA et de la PA est limité, de même qu'il n'y aurait dans l'ensemble que peu de situations cliniques nécessitant un relais de soins chez l'adolescent.

P.a.1.5 :Après il n'y a pas trop de relais suivi infirmier du CMP ado vers un suivi CMP adulte infirmier.

P.e.1.1 : “ Et quand on voit le nombre de demandes de transition qu'on fait annuellement, il y en a très peu en fait de transitions réellement demandées par les pédopsys. Très très peu.”

P.e.2.5 : “ Après bon, on n'a pas non plus tant que ça de grands ados qu'on oriente au CMP. ”

iii. Impact négatif dû au manque d'effectifs soignants et de soutien institutionnel

Le manque de lits et de médecins limiteraient la capacité d'hospitalisation. Les ressources insuffisantes dans les systèmes de PEA et PA rendraient difficile l'accueil de nouveaux patients et la gestion des besoins existants.

P.a.1.5 : “ Et il y a pas de ... il n'y a pas de ... c'est pas structure.. enfin par manque d'effectifs médicaux de différentes choses euh il n'y a pas des prises en charge tellement de prise en charge spécialisées jeunes adultes où voilà on pourrait séparer les problématiques ou les âges. C'est violent quoi. ”

P.a.2.1 : “ Oui, mais on a pas de lits.”

P.e.1.1 : “ On a jamais eu aussi peu de temps de consultation médicale et du coup plus de mal à dire oui à rajouter un nouveau patient que autrefois ”

Le manque de moyens complique la prise en charge en ambulatoire en PEA, notamment en l'absence de dispositifs de suivi rapproché. Dans certaines situations, des équipes mobiles de PA pourraient intervenir pour pallier à ce manque. Des ajustements constants seraient toutefois nécessaires en fonction des ressources financières disponibles. La PEA serait davantage touchée par ce déficit. Au total, ces difficultés limiteraient la mise en œuvre des projets.

P.a.2.5 : “ Parce qu'on peut la voir souvent, mais pas de manière très réactive. On n'a pas des dispositifs où là, tout à coup, on peut la voir trois fois cette semaine, ça n'existe pas. Et elle est passée par différents moments d'hospitalisation. ”

P.e.1.1 : “ Je crois que ... mais pareil pour la création du CMP ados c'était ça, la création de l'unité ados c'est parce qu'il fallait ouvrir hôpital de jour ados mais il y avait pas de budget donc du coup on a fermé la moitié des lits de l'unité adulte où c'était une unité adulte qui recevait en 2018 des ados et des adultes.

P.e.3.9 : “ On sait qu'objectivement, il y a beaucoup moins de moyens, là, sur les CMP, il y a beaucoup moins de moyens sur les CMP pédo que adulte, clairement.

Les professionnels de santé mentale éprouveraient un épuisement et un sentiment de manque de soutien en raison du manque de moyens, ce qui rend leur travail difficile et dégraderait la qualité des relations interprofessionnelles entre PA et PEA, qui créeraient des tensions et compliqueraient la collaboration entre eux.

P.a.3.4 : “ Et maintenant, on réfléchit parce que effectivement, on est bien démunis quoi. C'est hyper compliqué, même au niveau du matériel, à tout niveau, en fait. On rame, on rame, on rame. On ne fait que ça, sauf que c'est épuisant. ”

P.e.1.1 : “ Les relations se tendent quand il y a moins de moyens. C'est .. partout c'est pareil, les gens commencent à se foutre sur la gueule quand ils n'ont pas les moyens. ”

Les écarts de limites d'âge interinstitutionnel, correspondant à la fin des PEC en PEA et le début des suivis en PA, seraient à risque de créer un “gap” dans la prise en charge selon les établissements, alors même qu'il existerait a surcharge des files actives en psychiatrie majorée par l'afflux de jeunes sans suivi préalable ou de jeunes avec des besoins de soins spécifiques.

P.e.1.1. : “ [...] pour des raisons de saturation ce qui était pensé, enfin ce que je leur avait dit c’était qu’ils me fassent le relais à moi d’abord pour que je puisse assurer sur CMP adulte mais ce qui se passe en pratique c’est que je suis tellement saturé que je peux pas forcément assurer ce problème là pour tous les patients [...] ”

P.e.2.4. : “ [...] parce que les pédopsy disent “ah c’est plus nous !” et les psy “ah c’est pas encore nous” et donc il y a un no man’s land euh .. Enfin c’est quand même assez délirant.”

L’impact de la nouvelle loi concernant l’âge de passage en PA resterait incertain. Ce changement pourrait perturber l’organisation actuelle de la transition entre la PEA et la PA, suscitant des craintes quant à la réorganisation des soins.

P.e.3.1. : “ Jusqu’à 16 ans on prend les demandes, on les traite et après on s’occupe de ces situations qui dépassent 16 ans on fait au cas par cas, on a des réunions une fois par mois pour parler de ça. Voila on fait comme ça pour l’instant mais c’est vrai que la tout est chamboulé, moi j’ai du mal des fois à savoir comment ... Bah forcément avec cette loi [...] ”

P.a.3.9. : “ “ C’est peut être compliqué par rapport à l’âge. Ouais, Je sais pas comment ça va se mettre en place par rapport à l’âge.”

d. Soutien et adaptation des soins pour optimiser la transition

- i. Une bonne alliance thérapeutique et une implication des patients et leurs responsables légaux favorisant la transition des soins*

Des professionnels mettent en avant que le fait d’avoir eu une expérience positive dans les soins en PEA favoriserait l’investissement des soins en PA, avec l’exemple cité ici du

retour aux soins après un arrêt de prise en charge en PEA.. La relation thérapeutique avec les professionnels en PEA mais aussi en PA qui auraient un rôle de support et de soutien renforcerait ce lien de confiance, assurant une continuité dans le soin soutien même après le relais en PA.

P.a.1.6 : “ [...] dans leur vie d’adulte ils ont à un moment, ils revivent quelque chose peut-être aussi et si on a pu l’aider en psychiatrie à une moment et que c’est un point de chute ben ils viennent en psy adulte. ”

P.e.1.1 : [...] à 18-19 ans euh ... ils réfléchissent encore comme à 16 ans, mais quand ils seront 20 ans, matures, et qu’on leur ... finalement des fois vous représentez même moi je sais, une figure tutélaire.”

L'implication des parents et des responsables légaux serait essentielle dans la transition des soins, avec l'importance d'obtenir leur accord avec celui du patient pour assurer une prise en charge cohérente et soutenue. Il s'agirait de fait de tenir l'adolescent et ses parents informés des temps de synthèses institutionnelles organisés pour échanger de la situation du patient. Des outils seraient également mis à disposition des adolescents pour le soutenir dans son relai de soins.

P.a.3.5 : “ Parce que c’est vrai que si on prend le jeune, nous, on est obligés de le prévenir parce qu’on pense, et c’est comme ça, peut-être que ce serait bien qu’il connue, il faut bien lui dire, voilà, on a peut-être pensé ça, et on va parler au CMP adulte, on a une réunion, et puis lui demander s’il est d’accord ou pas, et aussi aux parents, en même temps.

P.a.2.1 : “ Ce dont on a pris conscience, ce dont j’ai pris conscience, c’est aussi de ne pas oublier, dans ces échanges, que l’enfant et sa famille le sachent. ”

P.e.2.4 : “ Par rapport à la transition, je voulais juste dire que... C'est pareil, c'est pas protocoliser. Ce qu'on fait souvent, quand on les a suivis depuis longtemps, on... on leur écrit leur parcours.”

ii. La transition des soins favorisée par bonne collaboration interprofessionnelle entre la PEA et la PA

Le cadre structurant du relais de soins jouerait un rôle important dans le soutien des adolescents dans ce processus de transition. Les professionnels participant à notre étude ont évoqué la collaboration harmonieuse entre la PEA et la PA comme un facteur rassurant les adolescents mais aussi des équipes soignantes, permettant une transition plus sécurisante grâce à un travail conjoint entre la PA et la PEA.

P.a.3.5 : “ [...] y 'en a qui sont soulagés quand même de savoir qu'on peut aller chercher les informations. Des fois la première fois qui nous disent « bah j'ai pas envie de tout réexpliquer, vous pourriez aller voir ».

P.a.2.2 : “ Impliquer, je ne sais pas si .. leur vécu ... il faut que je transitionne. Pour eux c'est plus ils suivent le cours de l'eau quoi, le fleuve coule et puis ils suivent [...]”

P.a.2.2 : “ [...] l'idée de tuilage. Qu'on pourrait, même qu'on devrait systématiquement proposer. Parce qu'à partir du moment où quelque chose est institué de manière conjointe, ça rassure sur les équipes des deux côtés, ce qui est automatiquement perçu par le jeune. ”

La transition des soins serait facilitée par diverses stratégies telles que les consultations conjointes entre la PEA et la PA, un chevauchement dans le suivi ou encore une poursuite du suivi en PA par le même médecin référent pour éviter une rupture thérapeutique.

P.a.2.3 : “ [...] une fois chez eux, une fois chez nous, faire quelque chose déjà pour eux .. dédramatiser, présenter, mettre une figure, puis après les locaux, présenter les locaux. ”

P.e.2.4 : “ [...] et chacun est venu ramener des éléments de la pédo, eux des éléments de l'adulte et avec les parents qui étaient là, lui il était là aussi et c'était plutôt chouette [...]”.

P.e.1.1 : “ Oui en fait ça passe par moi je les prends sur ma consultation en ado et je les fait passer sur ma consultation au CMP adulte. Ils changent pas de médecin pendant la transition.”

La transmission d'informations entre professionnels et entre institutions serait cruciale, par des courriers, des échanges oraux pour partager les données des patients au moment de la transition de soins

P.a.3.3 : “ Mais des fois, il y a des choses en synthèse qu'on se dit, des fois, on écrit, on ne dit pas tout. Mais c'est quand même bien de pouvoir avoir une trace quelque part. ”

P.a.1.7 : “ Donc soit effectivement t'en as assez avec la trame écrite et tu te bases sur ce qui avait été fait à l'époque ou si t'as besoin d'un complément d'informations effectivement t'appelles ; Parce que ... « tu te rappelles de ce jeune là, je vais le recevoir », voilà ça passe plus dans la communication comme ça ”.

iii. Une flexibilité comme processus de transition adapté et efficient

Un enjeu de la transition serait de préparer au mieux les adolescents durant leur prise en charge en PEA, bien que cette tâche soit souvent difficile pour eux. La préparation à la transition de soin des adolescents suivis en PEA commencerait vers les 16-17 ans, avec

la nécessité d'un engagement de l'adolescent pour un relais de soins réussi. Cela impliquerait également de fournir à la PA toutes les informations nécessaires.

P.e.2.13 : “ La difficulté, c'est de préparer peut-être encore un peu mieux les patients à... à ça, c'est-à-dire à la question qu'ils vont vraiment être très acteurs, très au centre [...] ”

P.e.2.13 : “ [...] quand c'est des enfants, ados qu'on accompagne déjà depuis un certain temps c'est autour on va dire de 16 ans qu'on commence à se poser la question de ba qu'est ce qui va se dessiner en suite.”

P.e.3.1, : “Surtout la clinique actuelle je pense aussi. Des jeunes qui seraient suivis depuis longtemps, bah on va dire qu'ils ont été suivis depuis longtemps, mais c'est pas le plus pertinent à transmettre pour être synthétique c'est la clinique actuelle et ce qui amène à solliciter le relais actuel. ”

Le moment de la transition de soin serait ainsi adapté en fonction du suivi déjà engagé en PEA, du profil clinique du patient et des problématiques institutionnelles et médicales. D'ailleurs, la limite d'âge dans certains secteurs pour la prise en charge en PA imposerait à la PEA une certaine flexibilité.

P.e.3.2 : [...] je dirai sauf quand il y avait les psychothérapies en cours ou des choses comme ça, voilà il y avait toujours un relais de fait à 16 ans [...] ”

P.e.1.1 : “ Oui mais je veux dire, il n'y a pas de transition en phase aiguë en tout cas en phase symptomatique. ”

P.e.2.4 : “ Et donc oui, là on est hors clou. Mais en fait, on a acté que je continue à la suivre jusqu'à ses 17 ans et 9 mois. Et à 17 ans et 9 mois, le CMP adulte de son secteur acceptera la demande. Mais pas avant. ”

La durée de la transition de soins pourrait aussi être flexible selon le patient et ses besoins. Notamment dans des situations cliniques où il y a des problématiques autour de la séparation se jouant dans la relation thérapeutique.

P.a.3.6, _ : “ C'est de prendre ce temps dès le départ. Comme quand on fait une orientation ici, et pas se dire qu'il faut se précipiter. Il n'y a pas forcément d'urgence dans un relais”.

P.a.3.6, _ : “ [...] la personnalité reste la même, avec cette peur de l'abandon, cette peur de... de l'inconnu, ce besoin de recréer du contact ailleurs, mais en accompagnant, en prenant le temps [...] ”

Le relais pourrait se faire sans entretien d'accueil s'il pouvait être discuté en amont, et pourrait également être réalisé en intra-hospitalier ou via des dispositifs comme l'HDJ. Divers intervenants pourraient être impliqués pour soutenir ce processus.

P.e.3.7, _ : “ [...] pour certaines situations, il y a eu aussi des relais qui ont été actés dès la réunion. On disait « tu vas rencontrer tel professionnel » ce qui faisait que le jeune ne revenait pas en accueil.”

P.e.1.1 : “ Oui quelques-uns ouais. Pour à peu près un à deux par an, sur l'hôpital de jour adulte. Ca concerne des gens qui ont des troubles psychiatriques chroniques tels que la schizophrénie, troubles bipolaires ... des gens qui ont d'énormes besoins de suivis, souvent à 19-20 ans au moins ou on a un relais à l'hôpital de jour adulte.”

P.e.3.8, _ : “Moi je suis sollicitée par exemple sur [...] pour certaines situations comme je connais bien l'autre éduc du [...], de faire ça directement avec et donc ça passe par une autre forme de tuilage en fait.”

Pour fluidifier la transition vers l'âge adulte, il serait intéressant selon les différents intervenants de cibler plus large que les 16-18 ans via par exemple la création de dispositifs pour les 16-25 ans en collaboration entre PEA et PA..

P.a.3.9. : “ Après le relais il se posera après 18 ans en fait. Fin moi des fois je m’interroge sur plutôt une tranche d’âge plus large, où les besoins, ils sont un peu plus... En gros, entre « je suis future jeune adulte » à « je suis jeune adulte », c'est en gros les 16-21 ans. C'est ce genre d'âge-là qui, je trouve, devrait être plus focus finalement que à chaque fois finalement s'arrêter sur deux ans de la vie et plus sur un passage dans la vie. C'est celui de l'âge adulte .”

P.a.2.1. : “ J'ai travaillé pendant une dizaine d'années à [...] où il y a les 15-25, j'ai fait beaucoup de travail de transition, les arrivées étaient en pédo et puis ils repartaient ils étaient en psy adulte. ”

Dans un focus group, il a été mis en évidence qu'il serait bénéfique de créer un poste de psychiatre spécialisé dans les jeunes adultes au sein de la PA, qui servirait de lien direct en travaillant à la fois en PEA et en PA. Ce rôle faciliterait la continuité des soins des adolescents vers les services pour adultes.

P.e.1.1. : “ Et l'idée ce qui serait super c'est de pouvoir avoir un psychiatre du jeune adulte ou du vieil adolescent qui puisse faire cette tranche d'âge par exemple et qui soit vraiment en lien entre le CMP ado et le CMP adulte et qui prenne cette catégorie de patients qui euh ... sont vraiment encore dans une problématique adolescente. ”

P.e.1.1. : “ Si c'était un médecin il pourrait être au CMP adulte mais on sait qu'on pourrait plus facilement lui envoyer, lui adresser ses jeunes patients. Qu'il pourrait les prendre sur plus longtemps après, ce serait peut-être plus facile pour les ados aussi de lisser

iv. Une réflexion nécessaire sur l'indication de la transition qui peut être un projet ou un levier thérapeutique

Pour commencer, il faut qu'il y ait une indication médicale à effectuer un relais de soins. Le suivi en PEA serait parfois interrompu avant le relais en PA, parce qu'il n'y aurait simplement plus d'indication à poursuivre le suivi médical ou psychothérapeutique avec même parfois la perspective du relais comme objectif de fin de prise en charge.

P.e.1.1 : “ Parce que la demande c'est une demande de santé mentale qui n'est pas forcément .. qui nécessite un relai. ”

P.e.2.4 : “ Mais il y a pas mal d'adolescents pour lesquels, même si clairement tout n'était pas hyper réglé euh .. il y a eu une interruption de soins qui a été pensée, qui a été parlée. Parce qu'ils ont aussi des besoins à un moment donné de couper. ”

P.e.1.2 : “ [...] on les accompagnent et finalement après il n'y a vraiment plus de besoin je pense à un moment donné voilà ils sont devenus grands [...] ”

Il a été relevé que certains de ces adolescents reviennent dans les soins en PA quelques années après la fin du suivi en PEA, sans avoir bénéficié de transition des soins.

P.a.1.7 : “ Quand il n'y a pas forcément de transition... c'est qu'effectivement on a déjà reçu sur le CMP des jeunes adultes en tout cas qui étaient en rupture de soins hein, qui avaient eu un suivi chez les ados et 2, 3, 4 ans après ils reconsultent chez l'adulte. ”

La transition des soins peut être indiquée des troubles psychiatriques caractérisés retrouvés également en PA,

P.e.1.1: “ Les indications ? Ben c'est celles dont on a dit tout à l'heure que je fais à l'hôpital de jour adulte c'est les pathologies psychiatriques chroniques ba schizophrénie, trouble psycho-affectif, truc bipolaire. Ça c'est pas négociable.”

Mais la transition peut aussi être indiquée comme un levier thérapeutique de par le changement de soignants ou si les ressources de la PEA ne semblent plus adaptées pour soutenir l'adolescent dans sa prise en charge.

P.e.1.1: “ [...] nous on n'y arrivait plus, c'était nécessaire pour l'évolution c'était pas un rejet c'était grandir, il fallait changer d'équipe et quand bien même le .. d'ado aurait demandé à ce que ... elle aille sur Dunkerque par exemple ou quelque chose parce qu'à un moment c'était nécessaire de changer d'équipe. Donc on a utilisé la transition pour changer d'équipe [...] ”

P.e.1.7: “ [...] ça ça arrive et aussi quand je pense à [...] quand la prise en charge chez les ados, ça a fait le tour et du coup le changement de prise en charge est passé chez les adultes ça leur change leur façon de traiter leur pathologie et ça ça arrive aussi [...] ”

P.e.2.13: “ En fait finalement, à ce moment-là, on s'est rendu compte que les outils du côté des adultes lui convenaient davantage là où elle en était dans son histoire familiale euh .. elle était en plus sur le point d'avoir un appartement thérapeutique, enfin des choses comme ça ”

v. Renforcer la cohésion institutionnelle

La collaboration à travers des contacts réguliers notamment sur des lieux d'intervention communs, pourrait renforcer la cohésion des soins.

P.a.3.7 : “ On a de la chance d’avoir des échanges parce qu’on intervient sur le même lycée. Nous pour les plus de 16 ans et Ava pour les moins de 16 ans, donc déjà on échangeait de manière fonctionnelle presque car on allait au même endroit.”

P.a.1.7 : “ Et puis l’échange avec l’infirmier ou l’infirmière qui descend des adolescents qui nous explique, est-ce qu’elle connaît très bien l’adolescent qui est en face de nous donc il nous explique qu’il faut faire comme ça, il faut travailler comme ça avec lui [...] ”

Il pourrait être pertinent pour renforcer les liens entre la PEA et la PA d’organiser des formations professionnelles communes et des immersions pour mieux comprendre les fonctionnements respectifs de chaque service avec la recherche de compréhension mutuelle entre les deux services. La communication entre institutions mais aussi envers les patients et leurs responsables légaux s’en trouverait alors largement améliorée.

P.a.2.3 : “ Non mais effectivement, si on parle de transition, pour moi, la transition ne peut aussi se faire que de manière pratique par les professionnels. C’est-à-dire que l’immersion dont tu parles ça serait ...nécessaire. Il faut qu’on voit comment vous fonctionnez, il faut que vous voyez comment on pratique, comment on fait. ”

P.a.3.3 : “ [...] si jamais il y avait un projet institutionnel, moi je trouve que ce serait intéressant d’avoir quelques journées de formation communes. Parce que ça ça permettrait un peu de réunir les équipes, bah voilà on a entendu le même discours, et ça ce serait idéal.”

P.a.3.5 : “ Et si c'est plus fluide dans notre tête, c'est forcément, on peut expliquer aux parents, aux jeunes, comment ça pourrait... Après, il y a aussi, voilà, mais on peut expliquer un petit peu, voilà, c'est plus... Tu vas, chez les adultes, c'est une autre façon de faire et c'est très bien, on peut aussi expliquer. ”

De plus, une cohésion institutionnelle impliquerait de connaître les professionnels de santé impliqués dans la transition de l'institution partenaire de PEA et de PA.

P.e.1.1 : “ La taille de [ville] c'est qu'on est dans le même pôle, c'est que tout le monde se connaît parce que les gens se croisent dans les différentes unités etc et c'est ça qui même si c'est pas le monde de Bisounours il y a quand même une communication qui existe. Et qui permet de résoudre les problèmes.”

P.e.2.3 : “ Et puis, de porter les relais beaucoup mieux. On sait à qui on confie le patient. Bah oui. ”

Les échanges entre PEA et PA permettraient d'optimiser la communication entre les deux services pour coordonner le relais de soins et de discuter des modalités de transition pour les patients. La collaboration entre PEA et PA serait essentielle pour une réflexion collective sur l'organisation institutionnelle et optimiser le processus de transition de soin.

P.e.3.4 : “ Quand il y a une orientation, un relais, prendre vraiment un temps, on se prend une heure, mais on parle vraiment avec les gens concernés qui seraient là, c'est possible, et qu'on prenne vraiment ce temps pour bien réfléchir à la situation.”

P.e.2.4 : “ Il y a eu des... des transitions qui se sont vraiment super bien passées quoi. Avec des appels en amont, s'organiser, se rencontrer. ”

Cette perspective d'amélioration du partenariat interprofessionnel pourrait passer par la mise en place de groupes de travail consacrés à cette problématique.

P.e.1.1 : “ [...] parce qu'on essaie de se poser des questions sur les difficultés qu'on rencontre, d'en discuter et de proposer des changements pour pallier à ces difficultés on ne laisse pas de difficultés euh ... s'éterniser.”

P.a.3.5 : “ J'ai fait partie d'un groupe de travail en temps que référent qualité et c'est un questionnement, en tout cas lors de la certification est apparu dans les problèmes, ce qui pose problème c'est justement les transitions de soins entre la pédo et l'adulte, c'est vraiment une problématique, il y a eu un groupe de travail qui a été fait, qui est apparu, et il y avait plusieurs services [...] ”

vi. Implications des soignants et des secteurs facilitent la transition

La proximité géographique entre les structures et services de PEA et PA pourrait renforcer les liens et la communication entre elles, facilitant les rencontres et la coordination. Cela serait également plus simple si ces structures couvraient simplement le même secteur de psychiatrie. Cela permettrait aux patients de suivre leur prise en charge plus facilement lorsque les structures sont plus proches.

P.a.3.2 : “ [...] je pense qu'après voilà, on s'est dit faut absolument aller rencontrer l'équipe avec qui on est voisin. (Rires) Voilà, ça s'est fait comme ça assez naturellement. ”

P.e.2.5 : “ Après, peut-être dire que de notre côté... forcément du côté du CMP de [ville], le CMP de [ville] est ... partenaire privilégié parce qu'on couvre beaucoup la question du secteur. ”

Les outils d'aide à la transition pour les professionnels pourraient inclure une feuille remplie par le patient pour formaliser le relais en PA, des protocoles écrits qui

simplifieraient l'orientation, et des outils explicatifs affichés en salle d'attente. De plus, les informations pourraient être consolidées sous forme de fiche de transition.

P.a.1.5 : “ Est ce qu’il faudrait qu’ils puissent remplir une fiche que nous on pourrait enregistrer. Non mais si on voulait aller jusqu’au bout de cette synthèse, pour garder une trace de ce qui a été dit. ”

P.a.3.5 : “ Oui oui, mais qui sera vue aussi par les patients parce que ce sera dans là, mis en place dans la salle d’attente. Mais un truc pour expliquer voila ”

P.e.2.4 : “ Je sais qu’il a été questionné, notamment quand on était à Seclin, une fiche de transition. ”

VI. Discussion

1. Discussion

Les résultats de la recherche qualitative que nous avons menée à travers les focus group ont soulevé diverses notions que nous allons analyser en les confrontant à la littérature scientifique actuelle. Les professionnels de santé de PEA et de PA ont pu évoquer leurs impressions selon lesquelles les adolescents effectuant leur transition vers la PA sembleraient inquiets vis-à-vis de ce processus. De nombreuses problématiques ont également pu être mises en avant par les intervenants, à des niveaux divers. Il s'agirait selon eux de difficultés concernant l'implication ou les représentations sur l'adolescence des professionnels de santé (en intra-institutionnel et en inter-institutionnel), concernant les différences dans les modalités de prise en charge et de cultures entre la PEA et la PA, ou encore concernant le manque de soutien sur le plan institutionnel. Enfin plusieurs facteurs permettraient selon eux d'améliorer le processus de transition avec le soutien de

l'adolescent dans son relais, une meilleure cohésion et collaboration interinstitutionnelle, une adaptabilité du processus de relais vers la PA et une pleine implication des soignants dans la transition de soins de leurs patients

Les intervenants soulignent que des adolescents interrompraient leur suivi en PEA avant même qu'une indication de relais vers la PA ne soit travaillée en amont. La reprise du suivi à l'âge adulte se ferait alors de manière variable. Ce constat est soutenu par la recherche, qui montre le risque d'arrêt des soins avant la transition entre la PEA et la PA et souligne l'importance de considérer les difficultés liées à cette transition sur une perspective plus large que simplement le changement de service (4). Ce risque est influencé par plusieurs facteurs, tels que la non-reconnaissance des problèmes de santé mentale, la stigmatisation, le désir de gérer ses difficultés seul, ou encore l'impression d'inefficacité des services de soin (86). On peut imaginer qu'un des moyens principaux de retour vers la prise en charge en PA serait les décompensations et les crises. Celles-là même qui auraient possiblement été évitées avec des soins adéquats et une transition réussie. Plus de recherches sur le sujet nous permettrait de mieux comprendre le devenir des jeunes qui arrêtent complètement leurs soins à la transition. Au final, cela souligne l'importance de la transition chez ces jeunes, qui auraient pu, si la continuité des soins avait été réalisée, éviter de présenter une dégradation de leur santé mentale.

L'implication des parents a également été mise en avant à plusieurs reprises par les professionnels de santé, toujours dans l'idée de pouvoir soutenir l'adolescent dans son relais de soins. La littérature a effectivement pu montrer l'impact que les parents des adolescents suivis en PEA peuvent avoir concernant le suivi de leurs enfants.. Si le relais s'effectue avant l'âge de 18 ans, c'est à eux que revient la décision d'organiser ou non

cette transition vers la PA. Les intervenants ont cependant exposé le fait que les parents étaient moins intégrés à la prise en charge de l'adolescent en PA, de part une différence culturelle de la prise en charge puis par son autonomie législative à la majorité de l'adolescent. Dans ce contexte, il est possible que les parents, souhaitent rester informés et impliqués dans la prise en charge de leur enfant. Cette hypothèse, déjà mise en avant dans des études sur les facteurs influençant la poursuite des soins , est renforcée par le fait que l'abandon des soins survient souvent juste avant l'âge légal, suggérant que certains adolescents ont d'abord cherché de l'aide auprès de leurs parents (62,87). Selon les intervenants, cette moindre implication des parents (venant soit de leur part soit des soignants prenant en charge leur enfant) pourrait nuire à la transition en réduisant leur présence et leur soutien auprès de l'adolescent. En ressentant moins ce soutien parental, les jeunes pourraient éprouver davantage de réticence face à cette transition, rendant leur engagement dans le processus de soins plus difficile. Il s'agirait donc d'impliquer les parents, en les incluant par exemple aux rendez-vous de synthèse avec leur enfant pour leur expliquer le déroulement du relais comme ont pu le proposer les professionnels de santé. Les études antérieures d'ailleurs montrent que l'implication des parents permet de renforcer l'adhésion de l'adolescent dans ses soins (6).

Selon les intervenants, la transition de soins entre les services de PEA et ceux de PA peut être une source d'inquiétude majeure pour les adolescents, ce qui risquerait de limiter leur adhésion au processus de relais de soins. D'autant plus que les rôles de chaque intervenant dans les soins ne sont pas toujours clairement définis, ce qui peut entraîner une certaine confusion (88). Dans ce sens, les études indiquent un manque de confiance vis-à-vis des services adultes entraînant une anxiété chez les jeunes. Ce

sentiment apparaît majoré par un long délai d'attente pour la prise en charge en PA et par la perception des difficultés rencontrées par les soignants adultes dans l'accompagnement des adolescents (89). Il semble important dans ce contexte de prendre en compte cette inquiétude et de l'accompagner vers l'autonomie tout en restant préoccupé de lui garantir un sentiment de sécurité et de réassurance durant cette phase de transition. Cependant, l'adaptation des adolescents à la PA peut rester difficile, en particulier lorsque l'hospitalisation se déroule avec des patients adultes dans un environnement de soins différent. Un autre facteur clé est leur sensibilité au changement de figures médicales référentes. Nous pouvons faire l'hypothèse qu'une fois une alliance thérapeutique établie avec un soignant, il peut être difficile pour l'adolescent non seulement d'arrêter le suivi avec ce soignant mais également de faire à confiance à une nouvelle personne pour continuer son suivi en PA. L'intérêt d'une présence ou non d'une personne de PEA au premier entretien en PA a été discuté au cours des focus group.

Selon les résultats de notre étude, un des facteurs qui impacterait la transition des soins selon les professionnels interrogés correspondrait au changement de position de l'adolescent dans sa prise en charge. En PA, l'autonomisation serait probablement davantage encouragée, tant dans la gestion des soins que dans la vie quotidienne. Cette approche différerait de la PEA, où le lien avec les soignants serait plus « maternel » et « protecteur ». La transition vers un cadre de soins plus distal en PA pourrait ainsi être difficile à accepter pour certains adolescents. Selon les intervenants, des adolescents ressentiraient un sentiment de « punition » d'être suivi en PA, et hésiteraient parfois à poursuivre le suivi, notamment après un premier épisode psychotique. L'adressage, qui varierait selon la profession du référent en PEA, les habitudes des professionnels et des institutions, et l'âge du patient, pourrait également impacter l'adolescent, influençant son ressenti face à la transition. Plusieurs études suggèrent que ces changements dans les

attentes pourraient entraîner des difficultés d'adaptation. Ces attentes vis-à-vis de l'adolescent peuvent, selon la littérature, contribuer à une adhésion partielle de l'adolescent à son relais, avec parfois une rupture complète de ses soins (67,71). Cependant, malgré ces difficultés initiales, les professionnels de santé observeraient souvent une adaptation positive et progressive des adolescents au cadre de la PA lorsqu'un accompagnement adéquat serait mis en place.

L'engagement des professionnels, tant en PEA qu'en PA, pourrait constituer un facteur limitant à la continuité des soins. En effet, certains professionnels de PA se désengageraient de la prise en charge des adolescents. Du côté de la PEA, les intervenants auraient relevé des difficultés pour les soignants à interrompre leur prise en charge, en raison d'une forte alliance thérapeutique et d'un attachement au soignant. Cela pourrait faire évoquer des angoisses de séparation ou d'abandon, et ces difficultés d'orientation des soins pour les soignants pourrait entraver le processus de séparation-individuation et d'autonomisation de l'adolescent. D'autant que selon certaines études, les soignants de PEA doutent parfois eux-mêmes de la capacité de la PA à prendre correctement en charge les adolescents et ont également pu avoir des expériences passées négatives de relais de soins pour leur patient avec leur confrère de PA, dans le cas de figure où ceux-ci refuseraient fréquemment ces orientations (5,62,72).. Il semble y avoir un manque d'adressage de la PEA vers la PA dont la cause serait, dans 23% des cas, un refus de l'adolescent ou du pédopsychiatre référent de faire cette transition de soins (83). Cela rendrait finalement le travail conjoint peu efficace. L'efficacité du processus de transition dépendrait donc largement de l'engagement des professionnels auprès des adolescents et de leur situation tout au long de cette phase.

Un des principaux facteurs limitant la transition entre la PEA et la PA, selon les discussions entre les participants aux focus groups, serait le manque de cohésion globale entre les services. La méconnaissance mutuelle des pratiques professionnelles, ainsi que l'absence de prise de conscience des enjeux spécifiques à chaque service, compliqueraient le processus. La qualité de la transition dépendrait fortement du lien entre les deux structures selon les participants aux focus group. Selon eux, il existerait d'ailleurs un manque de communication et une transmission d'informations insuffisante entre les service.

Un autre problème lors de la transition des soins serait les difficultés rencontrées par la PA lorsqu'elle prend en charge des adolescents. Tout d'abord, il s'agit de la difficulté pour la PA de faire face à l'absence de demande explicite de l'adolescent lorsqu'il arrive dans leur service. L'étude réalisée par A.Gulliver et coll.. montre effectivement le fait que les adolescents se heurtent à plusieurs obstacles lorsqu'il s'agit de solliciter une aide pour des troubles psychiques (90). Ensuite, les spécificités cliniques et thérapeutiques des troubles psychiatriques à l'adolescence seraient complexes à prendre en charge pour la PA, tels que les troubles de personnalités émergents à l'adolescence ou encore les comportements auto-agressifs multiples. Les soignants pourraient avoir notamment un manque de connaissance concernant la prise en charge des adolescents. L'hospitalisation de ces jeunes en PA poserait également des problèmes aux soignants, car elle ne serait pas toujours adaptée à ce groupe d'âge, ce qui pousserait les professionnels à chercher des moyens d'adapter leurs pratiques. L'une de leurs recommandations est d'ailleurs de créer une séparation entre les adolescents et les patients chroniques au sein des services. Ces éléments concernant le malaise des soignants de PA dans la prise en charge des adolescents peuvent restreindre leur engagement dans les transitions de soins pour les adolescents, rendant la continuité des soins moins fluide.

La transition des soins entre la PEA et la PA serait également impactée par la complexité des situations liées aux aspects parentaux et médico-légaux. Selon les différents participants, l'implication des parents, bien que nécessaire, pourrait parfois empêcher l'adolescent de s'exprimer librement, et si elle devient trop envahissante, elle risquerait de perturber la prise en charge. Par ailleurs, les spécificités médico-légales propres aux adolescents compliqueraient la gestion en PA, nécessitant une adaptabilité accrue des équipes, ce qui rendrait la transition encore plus délicate.

Les difficultés dans la transition des soins entre la PEA et la PA résideraient en grande partie dans les différences de fonctionnement entre ces deux institutions. Il s'agirait d'ailleurs d'un autre facteur limitant de la transition. Par exemple, si le maillage partenarial était travaillé en PEA et en PA, il impliquerait des professionnels différents : en PEA, des acteurs éducatifs et sociaux, et en PA, des partenaires sociaux pour soutenir l'autonomie des adolescents. Le manque de compréhension mutuelle d'un service à l'autre impacterait le lien interinstitutionnel, comme le confirment plusieurs études. Plusieurs recherches antérieures ont exposé les multiples différences entre la PEA et la PA, concernant les thérapeutiques, les types de diagnostics, le rôle différent donné aux parents dans le suivi de leurs enfants, l'abord des problématiques familiales en PEA et des pathologies psychiatriques chroniques en PA avec notamment une prise en charge davantage individuelle (68,72). Ces différences peuvent créer des barrières entre la PEA et la PA, entravant ainsi l'organisation de la continuité des soins entre leurs institutions. Les écarts entre les pratiques des différentes CMP et entre les secteurs pourraient aussi y contribuer. Les jeunes restent généralement plus réticents à effectuer ce parcours de soins par leur perception de ces différences et des possibles tensions entre la PEA et la PA (43,71).

Le manque d'organisation du relais de soins entre la PEA et la PA serait un enjeu majeur. Selon notre étude, des tentatives de collaboration dans le passé n'auraient pas abouti. En effet, bien que des protocoles puissent avoir été mis en place, ils ne suffiraient pas toujours à garantir des transitions complètes, malgré une indication posée pour la continuité des soins. Cela pourrait s'expliquer en partie par un manque de communication entre la PEA et la PA pour mettre en place un consensus concernant le relai. Du fait qu'il n'existe effectivement pas d'approche universelle de la transition, celle-ci varie considérablement selon les services et les professionnels impliqués en pratique courante (43). Le manque de communication est également souligné dans les études récentes par le nombre de patients perdus de vue, refusés ou pris en charge trop tardivement en PA (88). Les transitions intra-hospitalières seraient par ailleurs perçues de manière négative en pratique courante par les professionnels participant aux focus group, ce qui les conduirait à les éviter.

Parmi les facteurs limitants évoqués durant notre étude, le manque de ressources humaines et de moyens disponibles a été plusieurs fois évoqué, notamment pour accueillir de nouveaux patients, et en l'occurrence ici les adolescents en transition de soin.. Le développement de nouveaux projets et dispositifs pour améliorer le relais de soins seraient également limités dans ce contexte de manques de moyens. En conséquence, cette situation générerait une fatigue importante chez les soignants, ce qui aggraverait les tensions entre la PEA et la PA et contribuerait à une dégradation des relations entre les deux services (71). À cela s'ajouterait un problème de prise en charge causé par les incohérences de limites d'âge entre les services de la PEA et de la PA, ce qui est également retrouvé dans la littérature. Ce manque de cohérence survient dans un contexte où le nombre d'adolescents à prendre en charge ne cesse de croître. Les professionnels expriment également des craintes concernant les effets de la nouvelle loi

sur la limite d'âge, qui pourrait perturber davantage leurs relations avec la PA et affecter leur organisation interne. Cette nouvelle législation, qui stipule que la PEA doit prendre en charge les adolescents jusqu'à 18 ans et la PA à partir de cet âge, sauf en cas de besoin urgent, ajoute un nouveau challenge à la coordination des soins (42). Les intervenants estiment que le manque de ressources compliquerait la prise en charge ambulatoire en PEA, en raison de l'absence de suivi rapproché. L'intervention d'équipes mobiles de PA pourrait pallier ce manque, mais resterait insuffisante. Par ailleurs, la surcharge des files actives, due à l'afflux de jeunes sans suivi préalable, rendrait l'organisation des soins encore plus complexe, qui serait dû en partie à notamment à un manque global de médecins de PEA et de PA (15).

Pour renforcer l'investissement des adolescents dans leur prise en charge, les professionnels et les structures de la PEA joueraient un rôle crucial en tant que soutien lors de la transition, réduisant ainsi l'anxiété souvent associée au relais de soins. Ce soutien pourrait encourager un retour dans les soins après un éventuel arrêt du suivi. L'implication des parents et des responsables légaux serait également déterminante pour garantir une cohérence dans la prise en charge, en particulier à travers un accord conjoint entre l'adolescent et ses parents. En plus de cette collaboration, des outils de transition dédiés au jeune renforceraient son engagement dans les soins. Les participants aux focus groups ont évoqué l'idée d'utiliser ces supports pour faciliter la transition vers la PA. En pratique courante, des carnets ou des fiches de transition sont actuellement utilisés par la pédiatrie pour le relais des adolescents atteints de maladies chroniques telles que le diabète ou les maladies auto-immunes. Ils contiennent toutes les informations nécessaires, responsabilisent l'adolescent en le plaçant au centre de sa prise en charge. Les directives NICE (National Institute for Health and Care Excellence) recommandent d'ailleurs l'utilisation d'un dossier la planification de la transition, tenu par l'adolescent, qui

rassemble des informations clés telles que ses préférences en matière de soins, son histoire de vie, ses besoins de santé, son parcours éducatif et social, ainsi que ses souhaits concernant l'implication de ses proches aidants. Selon ces recommandations, ce dossier doit comprendre un plan de crise, un historique des hospitalisations ainsi que le ressenti de l'adolescent concernant sa vie en général. Il s'agit d'un moyen efficace d'impliquer l'adolescent dans son parcours de soins. Il devrait impliquer les sphères éducatives, sociales et de santé pour assurer une approche coordonnée (89). Une seconde étude propose l'établissement d'un carnet de transition, qui rajoute par rapport au NICE guidance les coordonnées de tous les intervenants dans le parcours de relais de l'adolescent, les dates de chaque rendez-vous en PEA et en PA ainsi que le ressenti de l'adolescent sur cette transition de soins. Ils indiquent de plus l'intérêt d'un support explicatif de ce qu'il faudrait attendre de la transition, concernant les spécificités de la prise en charge en adulte (63). Cela permettrait probablement de réduire l'anxiété de l'adolescent concernant son relais. Comme nous l'avons précédemment mentionné, il existe également en pédiatrie une application smartphone spécifique pour accompagner les jeunes dans leur relais de soins, comme celle développée par l'hôpital Necker, offrant un accès facile aux informations essentielles et renforçant l'engagement et l'autonomie du patient (60).

Pour assurer une transition optimale entre la PEA et la PA, il est essentiel de proposer un cadre de soins clair et précis où les rôles de chaque intervenant sont bien définis afin d'éviter toute source d'angoisse pour les jeunes patients. En améliorant la compréhension mutuelle des fonctionnements respectifs des deux services, les intervenants seraient mieux en mesure d'expliquer aux jeunes ce qui les attend en PA, les rassurant ainsi sur le processus de transition. Parmi les solutions proposées lors des focus groups ; le chevauchement des consultations entre équipes, les consultations conjointes,

ou encore le maintien du même thérapeute ont été suggérés pour garantir une continuité des soins. L'étude TRACK, en ce sens, recommande une planification structurée avec au moins un rendez-vous réunissant les référents de la PEA et de la PA, le patient et son entourage, une période de soins conjointe entre PEA et PA, un transfert adaptée des informations concernant le patient et enfin une continuité des soins sur le long terme (5). C'est d'ailleurs ce qui est déjà réalisé en pédiatrie pour le suivi des maladies chroniques auto-immunes et auto-inflammatoires, consensus du group FAI2R, si la distance géographique permet le rendez-vous commun (49). Concernant le partage des informations, il faudrait, selon les intervenants, qu'il puisse exister une transmission d'informations renforcée entre les deux institutions pour faciliter le partage de données et maintenir un lien entre les deux institutions. Une fois de plus, la littérature scientifique souligne également cet aspect de la continuité des soins en proposant l'instauration d'un même logiciel entre la PEA et la PA. En effet, l'absence de support commun risque d'entraîner des pertes de données importantes pour le suivi des patients. Enfin, des courriers d'adressage détaillés, incluant les facteurs de risque, sont également nécessaires pour une meilleure transmission des dossiers (63,91).

Une certaine flexibilité dans l'organisation de ce relais des soins entre la PEA et la PA serait toutefois nécessaire. Il a été ainsi proposé de réfléchir à une adaptabilité de l'âge de transition, pour mieux s'adapter aux besoins spécifiques de chaque jeune. C'est ce que propose P. Singh dans son étude, en spécifiant le critère essentiel de respecter au mieux les besoins développementaux de l'adolescent en permettant cette flexibilité de l'âge de transition. Cette approche aurait toutefois ses limites car bien qu'elle apparaisse comme la plus adaptée pour les patients, cette adaptabilité serait difficile à mettre en place par les soignants qui doivent déjà faire face à une charge de travail considérable (68). Il s'agirait ensuite de préparer l'adolescent à cette transition, aux alentours de ces 16-17 ans, en

l'impliquant activement et en lui expliquant clairement le déroulement du processus. L'objectif serait de les préparer à se confronter à ce qui les attendrait au cours de leur suivi en PA, c'est-à-dire une responsabilisation dans leur soins, une diminution de l'implication de leur entourage familial ou l'utilisation plus fréquente des thérapeutiques (71). Pour assurer une transition réussie, une autre étude ajoute l'importance d'impliquer l'adolescent en prenant en compte les préférences et les priorités de l'adolescent, plutôt que de répondre uniquement aux besoins institutionnels. Il semble essentiel de chercher à renforcer sa confiance envers ses nouveaux soignants en PA (50). La durée d'organisation pourrait s'étendre sur une durée d'un an ou plus, selon les participants à notre focus group. Les NICE guidance évoqué plus haut propose de commencer à préparer la transition avec l'adolescent au moins 6 mois avant la mise en place du processus (92). Enfin, les intervenants de notre étude proposent d'organiser la transition dans des espaces et des temps adaptés, tels que des hospitalisations de jour, des hospitalisations courtes, ou un suivi ambulatoire.

Dans ce contexte de flexibilité, ils ont suggéré également d'élargir la tranche d'âge concernée au-delà des 16-18 ans et de créer un poste de psychiatre spécialisé pour les jeunes afin de renforcer cette transition où des dispositifs dédiés. La littérature actuelle propose effectivement ce type de modalités de soins pour les adolescents et jeunes adultes. Plusieurs études mettent en avant l'importance que des unités dédiées aux patients de cette tranche d'âge puissent être développées, sans égard à leur type de pathologies. L'intérêt de ces espaces de soins serait de diminuer le risque d'une rupture trop brutale du suivi PEA au moment de la transition (41,67). Un autre étude réalisée par Singh et coll. évoquait la possibilité de créer un poste spécifique de "*transition workers*" pour faire le lien depuis la PEA vers la PA au moment de la transition de soins (63). De plus, plusieurs pays ont déjà mis en place des dispositifs répondant aux questionnement

des intervenants durant les focus group. En Australie, “*Headspace*” a été fondé à l’échelle gouvernementale pour répondre aux besoins somatiques et psychiatriques des gens de 12 à 25 ans. L’objectif est une offre de soins gratuite et accessible aux jeunes, favorisant l’alliance et l’adhésion aux soins (93). Il existe deux dispositifs de soins au Canada répondant au même objectif et ciblant également une patientèles d’adolescents et jeunes adultes : “ *YouthCan IMPACT Project* ”, créer notamment pour assurer la continuité du suivi durant cette tranche d’âge, et “ *ACCESS* ” (94,95). Il existe également des centres d’accueil développés aux Pays-Bas “*@EASE*”, qui proposent des consultations pour les jeunes de 15-25 ans avec des patients experts, soit du “ *peer-to-peer counselling*”. Ces centres garantissant la gratuité et l’anonymat des patients (96). Enfin, nous pouvons citer “ *Jigsaw* ” : un programme émergent d’intervention précoce en santé mentale pour les jeunes en Irlande, ou encore “ *Youthspace* ” qui a été créé spécifiquement à Birmingham pour répondre au besoin des patients de 0 à 25 ans (97,98). Le point commun de tous ces dispositifs créés à travers le monde est la recherche d’enrichir l’expérience des adolescents dans leur engagement avec les services, en leur permettant une continuité des soins en psychiatrie.

Les participants à notre étude soulignent l’importance d’une organisation plus structurée du relais de soins entre la PEA et la PA. Les intervenants ont d’abord indiqué l’importance de réfléchir à la nécessité d’une transition. Si le suivi peut être terminé dans un délai suffisamment court, il serait préférable de poursuivre et de terminer le suivi en PEA pour éviter une interruption des soins. Cela pourrait ainsi révéler que la perspective de fin de prise en charge en PEA avec une possible indication de transition puisse être un objectif de fin de prise en charge lorsque l’évolution clinique du patient le permet. Une autre possibilité serait qu’utilisée comme outil thérapeutique, la transition pourrait être justifiée dans le but d’un changement d’équipe soignante ou un manque de ressources

adaptées en PEA. Nous faisons la supposition que cela permettrait une prise en charge adaptée aux besoins évolutifs de l'adolescent. Cela pourrait également permettre de soulager les équipes de PEA, qui seraient parfois épuisées par certaines situations, comme mentionné plus haut. Afin d'organiser la suite, l'étude MILESTONE propose effectivement une planification des différentes étapes nécessaires pour réaliser le parcours depuis la PEA vers la PA. Il s'agit d'abord pour le PEA de poser l'indication du relais de soins pour l'adolescent. Le consortium de l'étude a développé un outil d'aide pour le clinicien pour identifier le bon moment pour organiser ce processus. Il s'agit d'un questionnaire " *Transition Readiness and Appropriateness Measure (TRAM)* ", que le clinicien, l'adolescent et ses parents doivent remplir chacun leur tour pour évaluer si l'adolescent est prêt ou non pour son relais de soin. Les soignants doivent ensuite accompagner l'adolescent dans le début de son suivi en PA en impliquant son environnement (63,71). Au total, K.Cleverley et coll. proposent six éléments essentiels pour, selon eux, une transition réussie de la PEA vers la PA :

- *"Des politiques de transition claires,*
- *Un suivi des jeunes concernés,*
- *Des évaluations de préparation,*
- *Une planification précise,*
- *Un transfert de soins lorsque le jeune est stable,*
- *Un suivi après la transition (99)."*

Nous pouvons supposer que cette amélioration de la cohésion globale de tous les professionnels impliqués dans la transition de soins en pratique courante participerait grandement à fluidifier ce processus. Notre analyse met d'ailleurs en avant que cela permettrait à ces professionnels de santé d'organiser des temps d'échanges pour évoquer

les situations des patients pour qui l'indication de relais de soins se poserait ou devrait s'organiser. Les études récentes recommandent effectivement d'organiser ce type de réunions impliquant les différents services concernés pour planifier la transition. Un échange d'informations adéquat entre la PEA et la PA se ferait durant un temps dédié. D'autres temps de rencontre avec notamment l'adolescent et ses parents ou représentants légaux sont intéressants à mettre en place (91,100). Il pourrait être également être intéressant d'utiliser ces temps de rencontre pour réfléchir aux critères d'amélioration du processus de relais de soins, comme les groupes de travail évoqués par les participants lors d'un focus group. Bien que la littérature ne l'évoque pas, il semble cependant que ces temps de réflexion soient enrichissants pour construire une organisation de soins adaptée aux ressources et aux besoins locaux. De plus, des formations communes et des stages d'immersion ont été demandés par les professionnels lors des focus group. Cela permettrait selon eux de pouvoir à la fois se rencontrer et clarifier les différences culturelles et institutionnelles afin de mieux comprendre les pratiques de chacun. L'étude MILESTONE a exploré, dans cette même idée, le souhait des étudiants en psychiatrie d'inclure une formation sur la transition de soins. Parmi les étudiants interrogés, 63% ont rencontré des adolescents dans le cadre de leur travail et 94% ont répondu positivement. L'hypothèse énoncée de cette recherche est que, si les psychiatres étaient davantage sensibilisés à cette transition, ils seraient plus à même de l'intégrer dans leur pratique courante. Les résultats montrent que 77 % des participants sont en demande de formations conjointes entre soignants de PEA et de PA, 67 % sont favorables à des temps de supervision, et 66 % souhaiteraient des échanges de cas cliniques. Leurs demandes sont d'apprendre comment accompagner l'entourage de l'adolescent, les services participant à la prise en charge des adolescents, la planification du relais de soin et la manière de l'aborder avec l'adolescent et sa famille (101).

Enfin, pour renforcer la cohésion entre les services, il serait essentiel d'impliquer davantage les professionnels de santé dans le processus de transition. La proximité géographique entre les structures de PEA et de PA pourrait favoriser les échanges, la communication et la coordination entre les équipes. De plus, le fait que ces structures couvrent le même secteur psychiatrique faciliterait la continuité des soins pour les patients, en réduisant les ruptures de suivi. L'utilisation d'outils spécifiques, comme des fiches de transition. Nous faisons l'hypothèse que cela permettrait aux professionnels de mieux organiser et formaliser ce relais de soins, assurant ainsi une transmission d'informations plus fluide et efficace.

2. Forces, limites et perspective notre recherche

Chaque focus group réunissait des participants de la PEA et de la PA travaillant dans des intersecteurs et secteurs adultes correspondant, dans le département du Nord avec un secteur urbain, un secteur rural et un secteur semi-rural. Cette organisation permet d'obtenir une vision à l'échelle locale des différentes manières dont se déroule le processus de transition de soins en fonction des particularités de chaque territoire. En confrontant les expériences et les pratiques variées des professionnels de santé dans leur pratique courante, il devient possible d'identifier des pistes d'amélioration adaptées aux réalités et aux besoins des régions aux critères socio-démographiques différents.

Concernant les limites de cette étude, étant donné que notre échantillon est limité à un contexte local, nos résultats ne sont pas représentatifs de l'ensemble du territoire français ni international. Il serait donc intéressant d'élargir cette recherche à une échelle nationale et internationale, afin d'obtenir une compréhension plus large des différents aspects liés à la transition des soins psychiatriques pour les jeunes en France et à l'étranger, adapté aux

dispositifs et organisations locales de soin. De plus, les résultats de notre étude n'ont pas bénéficié d'une triangulation des données, ayant été interprétés par un seul chercheur, ce qui peut augmenter le risque d'interprétations subjectives . Une autre limite résidait dans le fait que le directeur de thèse, G.Leconte, est référent médical du secteur d'un des focus group de l'étude, avec un travail partenarial en cours autour de la transition. Enfin, bien qu'elle se soit principalement focalisée sur la perception des professionnels de santé et de l'entourage, notre recherche gagnerait à inclure directement le point de vue des adolescents concernés par la transition des soins de la PEA vers la PA. En tant que principaux concernés, il serait essentiel de comprendre, à travers une autre étude qualitative, comment ils perçoivent eux-mêmes cette transition et les facteurs qui influencent leur engagement dans ce processus, afin de comparer leurs perspectives avec celles des soignants et de leur entourage.

VII. Conclusion

L'adolescence est une période développementale avec de multiples facteurs de vulnérabilité où peuvent s'aggraver, voire se chroniciser, des troubles préexistants, et où émerge une part importante des troubles présents à l'âge adulte, induisant la nécessité d'une continuité des soins psychiatriques. Cela implique de fait un processus de transition de soins depuis la PEA vers la PA, qui s'effectuera aux alentours de 18 ans. Cependant, la littérature a mis en avant des limites dans ce processus de soins, avec de nombreux adolescents en rupture de soins lors de cette période sensible. Le risque à long terme est une détérioration de la santé mentale de l'adolescent qui pourrait avoir un impact négatif sur sa qualité de vie globale.

Notre recherche a permis de mettre en lumière des barrières perçues par les professionnels soignants en PEA et en PA, au cours de ce processus de transition de soins, pouvant expliquer le manque de continuité des soins psychiatriques efficaces pour les jeunes. Certaines de ces limites seraient liées au jeune patient lui-même, de par notamment un désir d'autonomie, et une perception négative des services pour adultes. Une fragilité supplémentaire s'explique par la diminution progressive de l'implication de son entourage familial dans leurs soins. Les adolescents sont également souvent réticents à changer de référents médicaux et ont du mal à s'adapter aux nouvelles pratiques de soins en PA, ce qui peut limiter leur adhésion et entraîner une rupture des soins.

Les professionnels de la PEA rencontrés éprouvent, quant à eux, des difficultés à arrêter leur suivi, possiblement en raison d'un manque de confiance envers les services pour adultes, d'expériences négatives passées, mais aussi de part une relation

thérapeutique induisant des difficultés réciproques de séparation. Enfin, les soignants de PA peuvent hésiter à prendre en charge ces patients en raison d'une méconnaissance des troubles spécifiques, de contraintes médico-légales et de ressources humaines et matérielles limitées, ce qui réduit l'engagement dans la transition et la continuité des soins.

Ces obstacles peuvent être exacerbés par un manque d'organisation, l'absence de protocoles clairs, des incohérences dans les limites d'âge, des craintes liées aux nouvelles réglementations, et un déficit de communication entre les services. Cela souligne selon eux que les différences institutionnelles et un manque de compréhension mutuelle des pratiques créent des barrières supplémentaires, entravant une transition fluide pour les jeunes patients.

La transition des soins était perçue comme améliorée par une plus grande flexibilité quant aux âges, critères et processus de transition en regard des besoins des patients, ainsi qu'une meilleure cohésion et connaissance mutuelle entre les services de PEA et de PA. En ce sens, l'idée de mettre en place des temps communs entre professionnels de la PEA et de la PA, par le biais de consultations conjointes de transition, de formations communes ou d'initiatives renforçant la connaissance des différences culturelles de pratiques mutuelles, a été relevée.

Une planification plus structurée du relai de soins, pouvant inclure des outils comme des carnets de transition, des dossiers de planification ou encore des supports explicatifs, pourrait favoriser les conditions du relai de soins, tout comme la mise en place de dispositifs spécialisés. L'implication active des patients dans leur parcours de soins

apparaît essentielle, tout comme celle de leur famille ou de leurs représentants légaux, afin de renforcer l'adhésion de l'adolescent à son processus de transition.

L'analyse de l'ensemble de ces éléments impactant la transition des soins de la PEA à la PA offre un éclairage utile pour mieux comprendre les facteurs limitants et favorables à la mise en place de ce parcours de transition des soins, nécessitant d'être approfondis dans de futures recherches.

VIII. Bibliographie

1. Santé mentale des adolescents [Internet]. [cité 29 oct 2023]. Disponible sur:
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
2. Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry*. juill 2003;60(7):709-17.
3. Copeland W, Shanahan L, Costello EJ, Angold A. Cumulative prevalence of psychiatric disorders by young adulthood: a prospective cohort analysis from the Great Smoky Mountains Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. mars 2011;50(3):252-61.
4. Reneses B, Escudero A, Tur N, Agüera-Ortiz L, Moreno DM, Saiz-Ruiz J, et al. The black hole of the transition process: dropout of care before transition age in adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1 juill 2023;32(7):1285-95.
5. Islam Z, Ford T, Kramer T, Paul M, Parsons H, Harley K, et al. Mind how you cross the gap! Outcomes for young people who failed to make the transition from child to adult services: the TRACK study. *BJPsych Bull*. juin 2016;40(3):142-8.
6. Engagement in Mental Health Treatment Among Adolescents and Young Adults: A Systematic Review | SpringerLink [Internet]. [cité 5 juill 2023]. Disponible sur:
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10560-012-0256-2>
7. Evans S, Banerjee S, Leese M, Huxley P. The impact of mental illness on quality of life: A comparison of severe mental illness, common mental disorder and healthy population samples. *Qual Life Res*. 1 févr 2007;16(1):17-29.
8. Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC. The age of adolescence.

Lancet Child Adolesc Health. 1 mars 2018;2(3):223-8.

9. Waylen A, Wolke D. Sex « n » drugs « n » rock « n » roll: the meaning and social consequences of pubertal timing. *Eur J Endocrinol*. nov 2004;151 Suppl 3:U151-159.
10. Casey BJ, Getz S, Galvan A. The adolescent brain. *Dev Rev DR*. 2008;28(1):62-77.
11. Nicole Guédeney, Antoine Guédeney, Susana Teteno. *L'attachement : Approche clinique et thérapeutique*. 2021.
12. Daniel Marcelli, Alain Braconnier, Louis Tandonnet. *Adolescence et psychopathologie*. 2018.
13. Gerritsen SE, Maras A, van Bodegom LS, Overbeek MM, Verhulst FC, Wolke D, et al. Cohort profile: demographic and clinical characteristics of the MILESTONE longitudinal cohort of young people approaching the upper age limit of their child mental health care service in Europe. *BMJ Open*. 16 déc 2021;11(12):e053373.
14. Global health estimates: Leading causes of DALYs [Internet]. [cité 4 mars 2024]. Disponible sur:
<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>
15. *La pédopsychiatrie, un accès et une offre de soins à réorganiser, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale*. 2023;
16. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 1 juin 2005;62(6):593-602.
17. Giedd JN, Keshavan M, Paus T. Why do many psychiatric disorders emerge during

adolescence? Nat Rev Neurosci. déc 2008;9(12):947-57.

18. Jalbrzikowski M, Freedman D, Hegarty CE, Mennigen E, Karlsgodt KH, Olde Loohuis LM, et al. Structural Brain Alterations in Youth With Psychosis and Bipolar Spectrum Symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1 nov 2019;58(11):1079-91.
19. Petersen AC, Joseph J, Feit M, Committee on Child Maltreatment Research P, Board on Children Y, Justice C on L and, et al. Consequences of Child Abuse and Neglect. In: *New Directions in Child Abuse and Neglect Research* [Internet]. National Academies Press (US); 2014 [cité 28 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK195987/>
20. Fiorentini A, Cantù F, Crisanti C, Cereda G, Oldani L, Brambilla P. Substance-Induced Psychoses: An Updated Literature Review. *Front Psychiatry*. 23 déc 2021;12:694863.
21. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM-5-TR*. 5th ed. 2022.
22. Reef J, Diamantopoulou S, van Meurs I, Verhulst F, van der Ende J. Predicting adult emotional and behavioral problems from externalizing problem trajectories in a 24-year longitudinal study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. juill 2010;19(7):577-85.
23. Daniel Marcelli, David Cohen. *Enfance et psychopathologie*. 2009.
24. Section 1 : Définition et organisation technique des secteurs. (Articles R3221-1 à R3221-7) - Légifrance [Internet]. [cité 20 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000046888767/2023-06-01/>
25. *Diagnostic territorial partagé en santé mentale de Métropole - Flandres* [Internet].

[cité 17 mars 2023]. Disponible sur:

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dtsm__metropole-flandres-2.pdf

26. Maisons des adolescents (MDA) | solidarites.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités [Internet]. 2017 [cité 30 juill 2024]. Disponible sur: <https://solidarites.gouv.fr/maisons-des-adolescents-mda>
27. Article 371-1 - Code civil - Légifrance [Internet]. [cité 26 août 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038749626
28. Article L1111-5 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 26 août 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031927576
29. Chapitre 1er : Service de l'aide sociale à l'enfance. (Articles L221-1 à L221-9) - Légifrance [Internet]. [cité 26 août 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006157582>
30. Article 375-2 - Code civil - Légifrance [Internet]. [cité 26 août 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045136808
31. Kayser C, Jaunay E, Giannitelli M, Deniau E, Brunelle J, Bonnot O, et al. Facteurs de risque psychosociaux et troubles psychiatriques des jeunes pris en charge par l'aide sociale à l'enfance et ayant recours à des soins hospitaliers. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1 nov 2011;59:393-403.
32. Éducateur spécialisé | Ministère des Solidarités et des Familles [Internet]. [cité 9 août 2023]. Disponible sur: <http://solidarites.gouv.fr/educateur-specialise>
33. Costa M, Tagliabue S, Melim B, Mota CP, Matos PM. Adolescents' attachment,

quality of relationships with residential caregivers, and emotion regulation. *J Adolesc.* juill 2022;94(5):703-17.

34. Quelle est la définition de PAI ? | Mon Parcours Handicap [Internet]. [cité 25 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/glossaire/pai>
35. PPS (Projet personnalisé de scolarisation) : définition | Mon Parcours Handicap [Internet]. [cité 21 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/glossaire/pps>
36. Scolarisation en établissement médico-social | Mon Parcours Handicap [Internet]. [cité 21 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/scolarite/comment-seffectue-la-scolarisation-en-etablissement-medico-social>
37. École et handicap - Accompagnements notifiés par la MDPH | Mon Parcours Handicap [Internet]. [cité 21 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/scolarite/quels-sont-les-accompagnements-notifies-par-la-mdph>
38. Schlesinger A, Sengupta S, Marx L, Hilt R, Martini DR, DeMaso DR, et al. Clinical Update: Collaborative Mental Health Care for Children and Adolescents in Pediatric Primary Care. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1 févr 2023;62(2):91-119.
39. Blum RW, Garell D, Hodgman CH, Jorissen TW, Okinow NA, Orr DP, et al. Transition from child-centered to adult health-care systems for adolescents with chronic conditions. A position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* nov 1993;14(7):570-6.

40. Zhou H, Roberts P, Dhaliwal S, Della P. Transitioning adolescent and young adults with chronic disease and/or disabilities from paediatric to adult care services – an integrative review. *J Clin Nurs*. nov 2016;25(21-22):3113-30.
41. Paul M, Ford T, Kramer T, Islam Z, Harley K, Singh SP. Transfers and transitions between child and adult mental health services. *Br J Psychiatry Suppl*. janv 2013;54:s36-40.
42. Décret n° 2022-1263 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de psychiatrie. 2022-1263 sept 28, 2022.
43. Leavey G, McGrellis S, Forbes T, Thampi A, Davidson G, Rosato M, et al. Improving mental health pathways and care for adolescents in transition to adult services (IMPACT): a retrospective case note review of social and clinical determinants of transition. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. août 2019;54(8):955-63.
44. Signorini G, Singh SP, Boricevic-Marsanic V, Dieleman G, Dodig-Ćurković K, Franic T, et al. Architecture and functioning of child and adolescent mental health services: a 28-country survey in Europe. *Lancet Psychiatry*. 1 sept 2017;4(9):715-24.
45. Hagood JS, Lenker CV, Thrasher S. A Course on the Transition to Adult Care of Patients with Childhood-Onset Chronic Illnesses. *Acad Med*. avr 2005;80(4):352.
46. Neuf jeunes de 18 à 24 ans sur dix sont en bonne santé, malgré des disparités liées à leur situation vis-à-vis de l'emploi | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 21 sept 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/neuf-jeunes-de-18-24-ans-sur-dix-sont-en-bonne-sante-malgre-des>

47. Diabetes [Internet]. [cité 21 sept 2024]. Disponible sur:
<https://www.who.int/health-topics/diabetes>
48. Bryden KS, Peveler RC, Stein A, Neil A, Mayou RA, Dunger DB. Clinical and Psychological Course of Diabetes From Adolescence to Young Adulthood: A longitudinal cohort study. *Diabetes Care*. 1 sept 2001;24(9):1536-40.
49. Georjin-Lavialle S, Hentgen V, Truchetet ME, Romier M, Hérasse M, Maillard H, et al. La transition de la pédiatrie à l'âge adulte : recommandations de prise en charge de la filière des maladies auto-immunes et auto-inflammatoires rares FAI2R. *Rev Médecine Interne*. sept 2021;42(9):633-8.
50. Suris JC, Akre C. Key elements for, and indicators of, a successful transition: an international Delphi study. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. juin 2015;56(6):612-8.
51. While A, Forbes A, Ullman R, Lewis S, Mathes L, Griffiths P. Good practices that address continuity during transition from child to adult care: synthesis of the evidence. *Child Care Health Dev*. sept 2004;30(5):439-52.
52. Tuchman LK, Slap GB, Britto MT. Transition to adult care: experiences and expectations of adolescents with a chronic illness. *Child Care Health Dev*. 2008;34(5):557-63.
53. Yankaskas JR, Marshall BC, Sufian B, Simon RH, Rodman D. Cystic fibrosis adult care: consensus conference report. *Chest*. janv 2004;125(1 Suppl):1S-39S.
54. Gray WN, Schaefer MR, Resmini-Rawlinson A, Wagoner ST. Barriers to Transition From Pediatric to Adult Care: A Systematic Review. *J Pediatr Psychol*. 1 juin

2018;43(5):488-502.

55. McDonagh JE. Transition of care: how should we do it? *Paediatr Child Health*. 1 déc 2007;17(12):480-4.
56. Crowley R, Wolfe I, Lock K, McKee M. Improving the transition between paediatric and adult healthcare: a systematic review. *Arch Dis Child*. juin 2011;96(6):548-53.
57. Gonzalez M. Outils transition adolescent-adulte [Internet]. 2020 [cité 29 oct 2023]. Disponible sur:
<https://www.fimatho.fr/filiere/ressources-utiles/outils-transition-adolescent-adulte>
58. TIER Network [Internet]. [cité 30 juill 2023]. Ready Steady Go. Disponible sur:
<https://www.readysteadygo.net/rsg.html>
59. À L'HÔPITAL – Transition Maladies Rares [Internet]. [cité 1 juill 2023]. Disponible sur: <https://transitionmaladiesrares.com/a-l-hopital/>
60. Application Transition La Suite Necker [Internet]. 2019 [cité 22 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.fai2r.org/transition/appli-la-suite/>
61. O'Connor C, Downs J, Shetty H, McNicholas F. Diagnostic trajectories in child and adolescent mental health services: exploring the prevalence and patterns of diagnostic adjustments in an electronic mental health case register. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1 août 2020;29(8):1111-23.
62. Gerritsen SE, van Bodegom LS, Dieleman GC, Overbeek MM, Verhulst FC, Wolke D, et al. Demographic, clinical, and service-use characteristics related to the clinician's recommendation to transition from child to adult mental health services. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1 mai 2022;57(5):973-91.

63. Singh SP, Paul M, Ford T, Kramer T, Weaver T, McLaren S, et al. Process, outcome and experience of transition from child to adult mental healthcare: multiperspective study. *Br J Psychiatry*. oct 2010;197(4):305-12.
64. Article 488 - Code civil - Légifrance [Internet]. [cité 31 août 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006428073/1974-07-07
65. Bulletin Officiel n°2004-52 [Internet]. [cité 31 août 2024]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-52/a0523394.htm>
66. Singh SP, Paul M, Ford T, Kramer T, Weaver T. Transitions of Care from Child and Adolescent Mental Health Services to Adult Mental Health Services (TRACK Study): A study of protocols in Greater London. *BMC Health Serv Res*. 23 juin 2008;8:135.
67. Appleton R, Connell C, Fairclough E, Tuomainen H, Singh SP. Outcomes of young people who reach the transition boundary of child and adolescent mental health services: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1 nov 2019;28(11):1431-46.
68. Singh SP. Transition of care from child to adult mental health services: the great divide. *Curr Opin Psychiatry*. juill 2009;22(4):386.
69. Transition of youth and young adults with emotional or behavioral difficulties: An evidence-supported handbook. Baltimore, MD, US: Paul H Brookes Publishing; 2009. xvii, 357 p. (Clark HB, Unruh DK. Transition of youth and young adults with emotional or behavioral difficulties: An evidence-supported handbook).
70. Care OM of H and LT. Provincial and Territorial Health Ministers Focus on Strengthening Health Care for All Canadians [Internet]. [cité 22 sept 2024]. Disponible sur:

<https://www.newswire.ca/news-releases/provincial-and-territorial-health-ministers-focus-on-strengthening-health-care-for-all-canadians-597368041.html>

71. Mulvale GM, Nguyen TD, Miatello AM, Embrett MG, Wakefield PA, Randall GE. Lost in transition or translation? Care philosophies and transitions between child and youth and adult mental health services: a systematic review. *J Ment Health Abingdon Engl.* août 2019;28(4):379-88.
72. Hendrickx G, Roeck VD, Maras A, Dieleman G, Gerritsen S, Purper-Ouakil D, et al. Challenges during the transition from child and adolescent mental health services to adult mental health services. *BJPsych Bull.* août 2020;44(4):163-8.
73. Ogundele MO. Transitional care to adult ADHD services in a North West England district. *Clin Gov Int J.* 1 janv 2013;18(3):210-9.
74. Hall CL, Newell K, Taylor J, Sayal K, Hollis C. Services for young people with attention deficit/hyperactivity disorder transitioning from child to adult mental health services: a national survey of mental health trusts in England. *J Psychopharmacol Oxf Engl.* janv 2015;29(1):39-42.
75.
programme_pluriannuel_-_psychiatrie_et_sante_mentale_2018-2023_mise_a_jour.pdf
[Internet]. [cité 9 mars 2023]. Disponible sur:
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/programme_pluriannuel_-_psychiatrie_et_sante_mentale_2018-2023_mise_a_jour.pdf
76. Maurice V, Russet F, Scocco P, McNicholas F, Santosh P, Singh SP, et al. Transition from child and adolescent mental health care to adult services for young people with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) or Autism Spectrum Disorder (ASD) in

Europe: Barriers and recommendations. *L'Encephale*. oct 2022;48(5):555-9.

77. Swift KD, Hall CL, Marimuttu V, Redstone L, Sayal K, Hollis C. Transition to adult mental health services for young people with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a qualitative analysis of their experiences. *BMC Psychiatry*. 5 mars 2013;13:74.
78. Nutt DJ, Fone K, Asherson P, Bramble D, Hill P, Matthews K, et al. Evidence-based guidelines for management of attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents in transition to adult services and in adults: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol Oxf Engl*. janv 2007;21(1):10-41.
79. Marcer H, Finlay F, Baverstock A. ADHD and transition to adult services--the experience of community paediatricians. *Child Care Health Dev*. sept 2008;34(5):564-6.
80. Merrick H, King C, McConachie H, Parr JR, Le Couteur A. Experience of transfer from child to adult mental health services of young people with autism spectrum disorder. *BJPsych Open*. 3 juin 2020;6(4):e58.
81. Hill A, Wilde S, Tickle A. Review: Transition from Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) to Adult Mental Health Services (AMHS): a meta-synthesis of parental and professional perspectives. *Child Adolesc Ment Health*. 2019;24(4):295-306.
82. Perera RH, Rogers SL, Edwards S, Hudman P, Malone C. Determinants of Transition From Child and Adolescent to Adult Mental Health Services: A Western Australian Pilot Study. *Aust Psychol*. 1 juin 2017;52(3):184-90.
83. McNicholas F, Adamson M, McNamara N, Gavin B, Paul M, Ford T, et al. Who is in

the transition gap? Transition from CAMHS to AMHS in the Republic of Ireland. *Ir J Psychol Med.* mars 2015;32(1):61-9.

84. Dhôte J, Moro MR, Lachal J. La transition de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte, état des lieux. *Soins Psychiatr.* sept 2017;38(312):12-5.
85. Schandrin A, Boulenger JP, Batlaj-Lovichi M, Capdevielle D. Relais entre pédopsychiatrie et psychiatrie d'adulte : évaluation et propositions. *Eur Psychiatry.* nov 2013;28(S2):65-65.
86. Sheppard R, Deane FP, Ciarrochi J. Unmet need for professional mental health care among adolescents with high psychological distress. *Aust N Z J Psychiatry.* 1 janv 2018;52(1):59-67.
87. Parent and family factors associated with service use by young people with mental health problems: a systematic review - PubMed [Internet]. [cité 22 sept 2024]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25762206/>
88. McLaren S, Belling R, Paul M, Ford T, Kramer T, Weaver T, et al. 'Talking a different language': an exploration of the influence of organizational cultures and working practices on transition from child to adult mental health services. *BMC Health Serv Res.* 3 juill 2013;13:254.
89. Street C. Transition between different UK mental health services - young people's experiences on what makes a difference. 13 sept 2018;
90. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry.* 30 déc 2010;10:113.

91. Singh SP, Tuomainen H, Bouliotis G, Canaway A, Girolamo GD, Dieleman GC, et al. Effect of managed transition on mental health outcomes for young people at the child–adult mental health service boundary: a randomised clinical trial. *Psychol Med.* avr 2023;53(6):2193-204.
92. Singh SP, Anderson B, Liabo K, Ganeshamoorthy T. Supporting young people in their transition to adults' services: summary of NICE guidance. *BMJ.* 11 mai 2016;353:i2225.
93. McGorry PD, Tanti C, Stokes R, Hickie IB, Carnell K, Littlefield LK, et al. headspace: Australia's National Youth Mental Health Foundation--where young minds come first. *Med J Aust.* 1 oct 2007;187(S7):S68-70.
94. Henderson J, Hess M, Mehra K, Hawke LD. From Planning to Implementation of the YouthCan IMPACT Project: a Formative Evaluation. *J Behav Health Serv Res.* avr 2020;47(2):216-29.
95. Iyer SN, Boksa P, Lal S, Shah J, Marandola G, Jordan G, et al. Transforming youth mental health: a Canadian perspective. *Ir J Psychol Med.* mars 2015;32(1):51-60.
96. APA PsycNET [Internet]. [cité 15 sept 2024]. Evaluating changes in functioning and psychological distress in visitors of the @ease youth mental health walk-in centres. Disponible sur: <https://awspntest.apa.org/record/2024-81520-001>
97. Vyas NS, Birchwood M, Singh SP. Youth services: meeting the mental health needs of adolescents. *Ir J Psychol Med.* mars 2015;32(1):13-9.
98. O'Keeffe L, O'Reilly A, O'Brien G, Buckley R, Illback R. Description and outcome evaluation of Jigsaw: an emergent Irish mental health early intervention programme for

young people. *Ir J Psychol Med.* mars 2015;32(1):71-7.

99. Cleverley K, Rowland E, Bennett K, Jeffs L, Gore D. Identifying core components and indicators of successful transitions from child to adult mental health services: a scoping review. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2020;29(2):107-21.
100. Santosh P, Singh J, Adams L, Mastroianni M, Heaney N, Lievesley K, et al. Validation of the Transition Readiness and Appropriateness Measure (TRAM) for the Managing the Link and Strengthening Transition from Child to Adult Mental Healthcare in Europe (MILESTONE) study. *BMJ Open.* 23 juin 2020;10(6):e033324.
101. Hendrickx G, Roeck V, Frédérick R, Dieleman G, Franić T, Maras A, et al. Transition as a topic in psychiatry training throughout Europe: trainees' perspectives. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 1 janv 2020;29.

AUTEUR(E) : Nom : Hardy

Prénom : Léa-Marie

Date de soutenance : 01/10/2024

Titre de la thèse : Comment penser et assurer une transition optimale des soins de la PEA vers la PA : étude qualitative en focus group.

Thèse - Médecine - Lille « 2024 »

Cadre de classement : *Psychiatrie*

DES + spécialité : *Psychiatrie adulte et Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*

Mots-clés : *Adolescents, psychiatrie, transition de soins, étude qualitative*

Résumé : La prise en charge précoce et continue des troubles psychiatriques à l'adolescence représente un enjeu sanitaire et social mondial. La transition entre les services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PEA) et de psychiatrie adulte (PA) est actuellement peu efficace, malgré son importance pour assurer la continuité des soins chez cette population vulnérable. Cela soulève la question des stratégies d'amélioration du processus et de la transition des soins des adolescents entre la PEA et la PA.

Notre étude vise à recueillir la perception des soignants en PEA et PA concernés par la transition des soins, afin d'identifier les problématiques rencontrées et les axes d'amélioration possibles. Une étude par méthodologie qualitative a été réalisée auprès de trois focus groups réunissant entre 5 et 9 participants, tous professionnels de santé dans des secteurs correspondants de PEA et PA. Les données ont été analysées selon la méthodologie d'analyse phénoménologique interprétative.

Quatre thèmes principaux ont émergé. Premièrement, la transition des soins entre la PEA et la PA est entravée par des difficultés d'implication des adolescents et de leurs parents. Il y avait en effet une perception que les adolescents pouvaient manifester des inquiétudes concernant leur relai de soins, se traduisant par un manque d'implication et d'adhésion de leur part et de celle de leur entourage, ce qui peut entraîner un arrêt prématuré du suivi. La diminution de l'implication parentale, avec l'évolution de leur rôle dans la décision des soins, semblait aggraver cette situation. Deuxièmement, les pratiques professionnelles seraient également limitantes, de par un possible manque d'engagement des soignants, une faible cohésion entre les équipes de PEA et de PA, et des difficultés des soignants de PA à prendre en charge les spécificités cliniques et complexités à l'adolescence, souvent exacerbées par des enjeux parentaux et médico-légaux. Troisièmement, d'autres difficultés résidaient dans les différences de culture et de pratique entre les deux services. Il y avait notamment un manque d'organisation de la transition, et l'insuffisance des ressources disponibles. Enfin, la transition des soins semblait favorisée par un soutien des soignants, et une flexibilité du processus aux besoins des patients. Il était ainsi relevé la nécessité de renforcer l'alliance thérapeutique, les liens entre les soignants et institutions de PEA et PA, et de développer des outils spécifiques.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Pr Renaud JARDRI

Assesseurs : Madame le Dr Agnès MORLOT et Madame le Dr Élise WEISS

Directeur de thèse : Monsieur le Dr Guillaume LECONTE

