

La continuité du soin des adolescents de la psychiatrie infanto-juvénile vers la psychiatrie adulte

Laurent Plancke^{1,2}, Alina Amariei¹, Frédéric Fourcroy³, Thierry Danel^{1,4}

¹ Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale (F2RSM) des Hauts-de-France
² Centre lillois d'études et de recherches sociologiques et économiques
³ EPSM Idac, Camiers (Pas-de-Calais)
⁴ CHRU de Lille

Introduction

La question de la continuité et des parcours de soins constitue une préoccupation contemporaine importante ; pour les adolescents, en psychiatrie, le problème ne date que de 1960, année où la psychiatrie publique est scindée en psychiatrie infanto-juvénile et psychiatrie adulte. Suris, à partir d'une conférence consensus, établit les 6 conditions d'une transition réussie entre services : une bonne communication (planification du transfert, communication, suivi ...) ; démarrage précoce du planning de transition (au moins une année avant le transfert) ; échanges avec le patient et sa famille ; association du jeune patient dans la définition du planning ; entretiens avec le seul patient, au moins occasionnellement ; désignation d'un référent du jeune avant le transfert (1).

À l'exception d'une thèse soutenue en 2011 (2) et d'un travail comparatif sur les clientèles de patients adolescents selon leur lieu de prise en charge (3), il n'existe pas, à notre connaissance de travaux français sur le sujet de la transition entre ces services de psychiatrie. Dans une étude précédente, nous avons été frappés par la baisse marquée du taux de prise en charge psychiatrique à la fin de l'adolescence (4) ; cette chute est également décrite dans un travail américain (5).

Objet et méthode

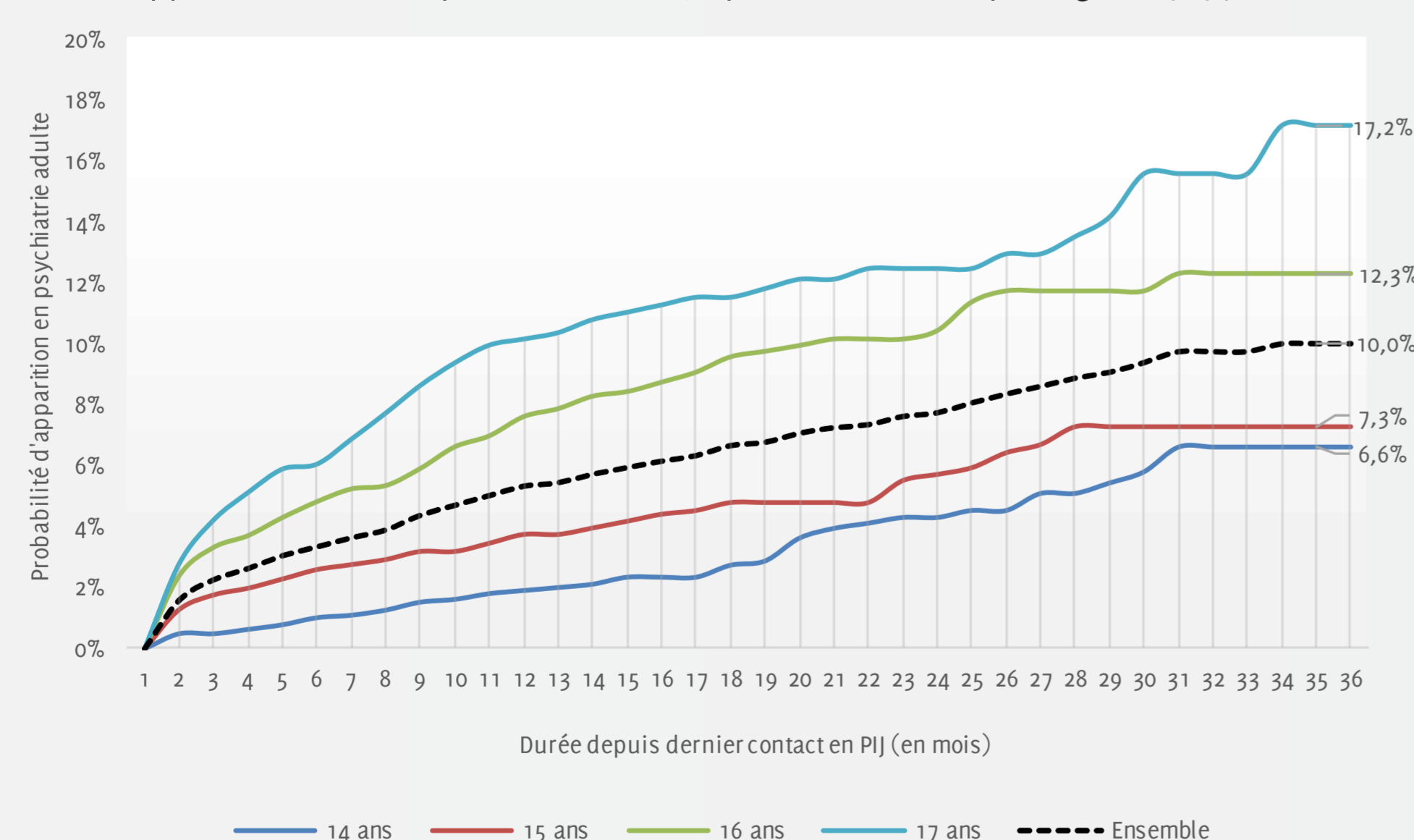
L'objet de ce poster est d'étudier la part des adolescents pris en charge en service de psychiatrie infanto-juvénile (PIJ) retrouvée en service de psychiatrie adulte (PA) dans un délai de trois ans.

- Le Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (RimP) est un relevé obligatoire des séjours et des actes ambulatoires dans les services publics et privés de psychiatrie français, géré par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), après remontée des informations par les établissements de santé.
- La population d'étude est constituée de patients de 14-17 ans domiciliés et pris en charge dans le Nord et le Pas-de-Calais ayant connu au moins un acte ou séjour en PIJ en 2011-2013.
- Les probabilités d'entrée en service de PA ont été calculées, à partir de la dernière date connue en PIJ, par analyse de survie, selon la méthode de Kaplan-Meier (la date de point étant le 31/12/2013). Elles ont été calculées pour l'ensemble des patients inclus, selon leur sexe, leur âge et selon leur diagnostic principal (posé en PIJ).
- Les traitements statistiques ont été effectués sur SAS 9.3 (SAS Institute Inc., Cary, NC).

Résultats

La population d'étude comprend 5457 patients de 14-17 ans décrits au moins une fois en PIJ ; 3 ans après leur dernier passage en PIJ, 1 sur 10 est retrouvé en PA. Le sexe n'introduit pas de différence significative dans la probabilité de réapparition ($p \log \text{rank} = 0,709$). Cette probabilité augmente avec l'avancée en âge ($p \log \text{rank} = 0,0001$ -cf. Figure 1).

Figure 1. Probabilité d'apparition en PA de patients de la PIJ après leur dernier passage. N=5457

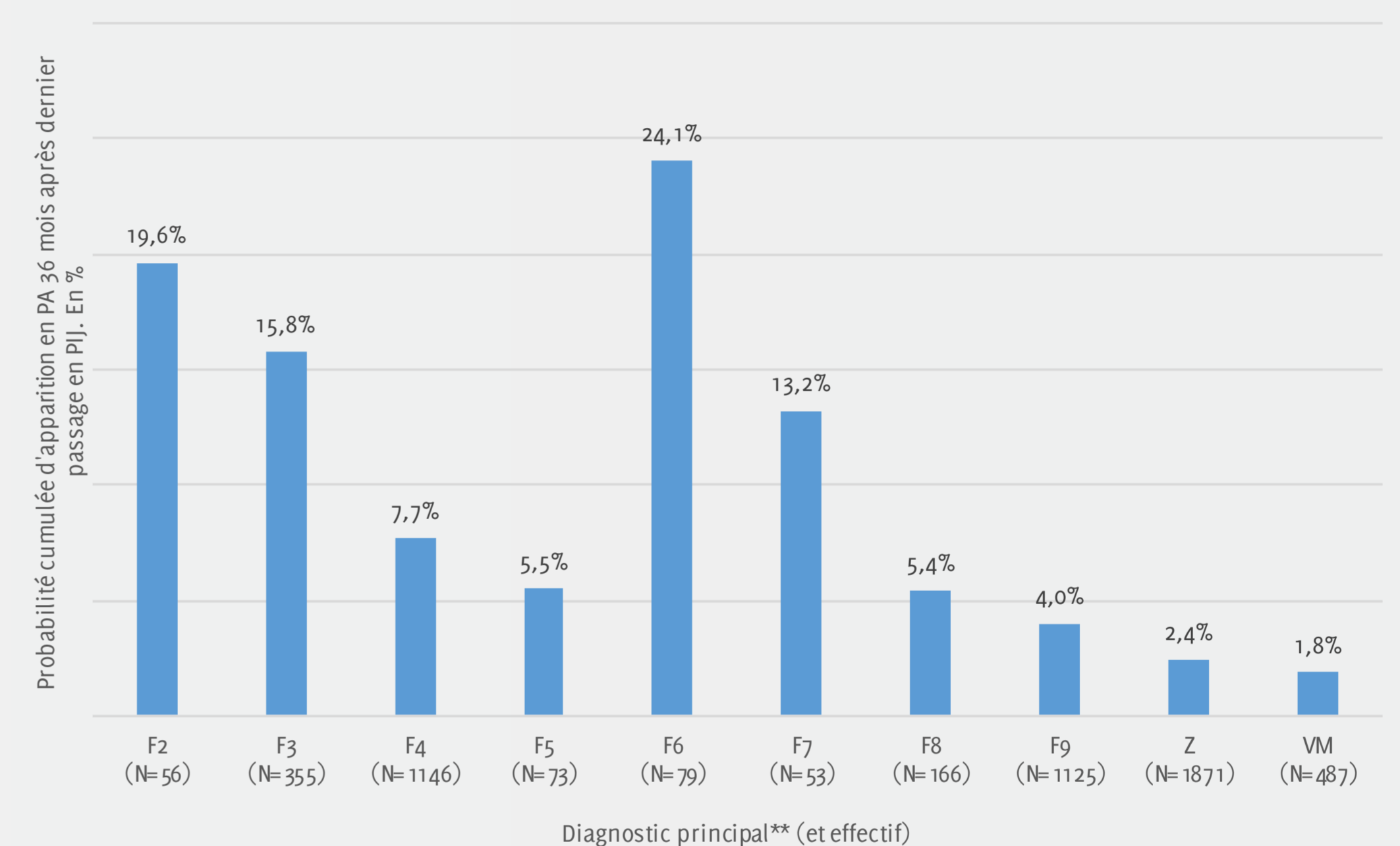


Références bibliographiques

1. Suris J-C, Akre C. Key Elements for, and Indicators of, a Successful Transition: An International Delphi Study. *J Adolesc Health*. 1 juin 2015;56(6):612-8
2. Schandrin A. Les relais entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie d'adulte: évaluation des pratiques professionnelles au centre hospitalier de Montpellier et propositions d'axes d'amélioration [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2011
3. Sabbah Lim I, Garnier B, Dauriac-Le Masson V, Fortias M, Contejean Y. Caractéristiques d'une population adolescente en fonction de son lieu de consultation : comparaison entre un service de psychiatrie adulte et un service de psychiatrie infanto-juvénile. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. janv 2013;61(1):1-7
4. Plancke L, Amariei A. Le recueil d'informations médicalisé en psychiatrie est-il apte à décrire les prises en charge de leurs bénéficiaires dans le Nord - Pas-de-Calais ? [Internet]. F2RSM ; 2014. Disponible sur: http://www.santementales5962.com/IMG/pdf/psybrevres-4_fev2014_rimp.pdf
5. Pottick KJ, Bilder S, Vander Stoep A, Warner LA, Alvarez MF. US patterns of mental health service utilization for transition-age youth and young adults. *J Behav Health Serv Res*. oct 2008;35(4):373-89
6. Belling R, McLaren S, Paul M, Ford T, Kramer T, Weaver T, et al. The effect of organisational resources and eligibility issues on transition from child and adolescent to adult mental health services. *J Health Serv Res Policy*. 1 juill 2014;19(3):169-76
7. Mulvale GM, Nguyen TD, Miatello AM, Embrett MC, 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*. 6 janv 2016;1-10
8. McNamara N, McNicholas F, Ford T, Paul M, Gavin B, Coyne I, et al. Transition from child and adolescent to adult mental health services in the Republic of Ireland: an investigation of process and operational practice. *Early Interv Psychiatry*. 1 août 2014;8(3):291-7

Les probabilités d'apparition en PA 36 mois après le dernier passage en PIJ varient beaucoup selon le diagnostic principal : un quart des adolescents avec un diagnostic de troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (F6), un cinquième de ceux en présentant un de schizophrénie (F2) et un quart de ceux ayant un diagnostic de trouble de l'humeur (F3) poursuivent leur suivi en PA, mais ces trois groupes de patients présentent des effectifs inférieurs à 100 patients. Ceux présentant des diagnostics mal définis ou manquants sont retrouvés en PA dans des proportions inférieures à 3%.

Figure 2. Probabilité d'apparition des patients de 14-17 ans en PA, 36 mois après leur dernier passage en PIJ. N= 5411*



*les diagnostics Fo (retard mental, N=2), F1 (addictions, N=16) et F99 (sans précision, N=28) ne sont pas représentés en raison de leurs faibles effectifs.

** F1 : Addictions - F2 : Schizophrénie ...- F3 : Troubles de l'humeur - F4 : Troubles névrotiques - F5 : Syndromes comportementaux ...- F6 : Troubles de la personnalité ...- F7 : Retard mental - F8 : Troubles du développement psychologique - F9-F98 : Troubles du comportement, émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence - Z : Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé - VM : valeur manquante.

Discussion et conclusion

Un adolescent de 14-17 ans suivi en PIJ sur 10 continue à l'être en PA dans les 3 ans suivant son dernier passage en PIJ ; cette probabilité augmente avec l'avancée en âge, mais ne concerne cependant pas plus d'un jeune sur 6 à 17 ans. Les probabilités sont plus élevées dans le cas des troubles de la personnalité et du comportement, schizophréniques ou de l'humeur, mais particulièrement faibles dans le cas des diagnostics mal définis (pour qui se pose la question de la pertinence de la présence en PIJ). Ces faibles taux amènent à formuler différentes hypothèses, non exclusives :

- Les troubles et pathologies pour lesquels ces adolescents étaient suivis sont résolus, comme par exemple dans le cas des troubles de l'adaptation scolaire.
- Ils sont traités par d'autres segments de l'offre de soin, par réorganisation de celle-ci (les personnes présentant des troubles autistiques sont désormais suivies majoritairement dans le secteur médico-social, par exemple) ou par choix des psychiatres infanto-juvéniles, qui privilégient l'orientation vers le médico-social de certains de leurs patients, pour leur éviter la stigmatisation qu'ils connaîtraient dans des services d'hospitalisation en PA (où ils côtoieraient des patients aux troubles très marqués).
- Les jeunes patients, une fois l'âge de la majorité atteint, abandonnent des soins entamés quand ils étaient sous l'autorité de leurs parents (ou représentants légaux) en signe d'émancipation.
- Un défaut d'organisation et de liaison entre services de PIJ et de PA, pourtant recommandé dans plusieurs publications (1,6-8), compromet la poursuite de soins entamés. L'indicateur utilisé dans cette étude est relativement simple à mobiliser et pourrait être employé pour mesurer l'effet de programmes ou d'actions visant à améliorer la continuité des soins.