

**SGKJPP**

Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und  
Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

**SSPPEA**

Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie  
d'Enfants et d'Adolescents

**SSPIA**

Società Svizzera di Psichiatria e Psicoterapia  
Infantile e dell' Adolescenza

**PSY & JSP**

# **Psychiatrie de l'adolescent**

## **définitions et recommandations**

**SSPPEA/SGKJPP**

Février 2012

Auteurs:

Dr Hélène Beutler, Co-Présidente SGKJPP/SSPPEA

PD Dr Laurent Holzer, SUPEA Lausanne

Dr Hadmut Prün, KJPD Zürich

Prof. Dr Benno Schimmelmann, KJPD UPD Berne

<b>1. Psychiatrie de l'adolescent</b>	<b>3</b>
<b>2. Transition entre la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et la psychiatrie adulte</b>	<b>3</b>
2.1 Transition dans la médecine de l'adolescent	3
2.2 Les problèmes de l'adolescence dans le domaine de la santé mentale	4
2.3 Transition et programme de collaboration	5
<b>3. Programmes de traitement coopératifs innovant</b>	<b>6</b>
<b>4. Situation en Suisse: enquête, résultats, lacunes</b>	<b>7</b>
<b>5. Conclusions et recommandations</b>	<b>8</b>

## **1. Psychiatrie de l'adolescent**

L'OMS définit l'adolescence comme la période du «teenage», schématiquement allant de 10 à 19 ans. De manière plus précise, l'adolescence peut être définie par la période développementale entre l'enfance et l'âge adulte débutant avec les changements associés à la puberté et s'achevant à travers l'acquisition des responsabilités et des rôles d'adultes.

La psychiatrie de l'adolescence elle-même est une branche de la psychiatrie qui se spécialise dans l'étude du diagnostic, du traitement et de la prévention des troubles mentaux qui affectent les adolescents et leur famille. Les adolescents ont des problèmes spécifiques de santé mentale et de besoins développementaux qui diffèrent de ceux des enfants ou des adultes. Comme l'adolescent vit une période active et critique de son développement, l'approche diagnostique et thérapeutique des troubles émotionnels et des troubles affectant la santé mentale de l'adolescent diffère nécessairement des approches utilisées avec l'adulte. Compte-tenu des changements qui touchent la personnalité et l'identité de l'adolescent durant sa croissance, le pédopsychiatre doit avoir des connaissances approfondies sur les stades de développement de la personnalité.

La psychiatrie de l'adolescent repose sur la compétence centrale des psychiatres d'enfants et d'adolescents. Elle nécessite une approche intégrée qui peut impliquer une psychothérapie individuelle, de groupe ou familiale, une pharmacothérapie et/ou des consultations avec d'autres spécialistes (pédiatres, médecins généralistes), des professionnels de l'école, des services sociaux, du système judiciaire ou d'autres organisations communautaires. Les pédopsychiatres sont familiers avec le travail de réseau intégrant les psychologues et autres travailleurs scolaires, les enseignants, les services sociaux, les institutions éducatives et les familles. Parmi les tâches développementales de l'adolescence, certaines se prolongent durant la période de vie de jeune adulte. Cela signifie que la transition de la psychiatrie adolescente à la psychiatrie adulte requière une attention particulière, et que les psychiatres d'adultes doivent également prendre en compte les aspects adolescents dans leurs patients jeunes adultes. Dans cette perspective, à l'heure actuelle et internationalement, le concept d'adolescence s'est étendu à une palette d'âges allant de 13 à 21 ans, voire 25 ans dans certains cas. Cela soulève la question du concept de transition et même des programmes de collaboration, notamment par rapport aux responsabilités respectives engagées dans ces programmes.

## **2. Transition entre la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et la psychiatrie adulte**

### **2.1 Transition dans la médecine de l'adolescent**

La transition reste un sujet important qui est encore peu développé dans l'organisation des services de santé mentale. Un parallèle avec la médecine de l'adolescent nous paraît pertinent pour les soins psychiatriques.

La transition a été définie par la Société canadienne de pédiatrie en 2007 (Paediatr Child Health Vol 12 No 9 November 2007; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2532861/>) comme l'acte intentionné et planifié d'accompagnement des adolescents avec des pathologies médicales chroniques d'un système de soins centré sur l'enfant vers un système orienté sur les soins adultes. Les objectifs de la transition sont de fournir des soins de santé ininterrompus, coordonnés, appropriés sur le plan de l'âge développemental et psychologiquement pertinents, avant et tout au long du processus de transfert du jeune dans le système destiné aux adultes. Le succès de la transition est déterminé à la

fois par le processus et le résultat des interactions entre les personnes et l'environnement. En apportant au jeune des compétences et un savoir approprié tenant compte de son âge développemental, nous espérons qu'il apprenne à défendre ses intérêts, à maintenir des comportements de promotion de sa santé et utiliser les services de soins dans la vie adulte.

La société de médecine adolescente énonce que: «Tous les individus, qu'ils reçoivent des soins primaires, préventifs ou tertiaires, doivent être pris en charge par des services appropriés pour leur âge et leur stade de développement» (2003). Les objectifs de soins devraient inclure:

- L'implication de l'adolescent dans la gestion de sa pathologie
- La compréhension par l'adolescent et sa famille de sa pathologie
- Prendre en compte le potentiel de l'adolescent pour les activités, la scolarité, les loisirs et ses projets
- L'achèvement des différentes tâches développementales en lien avec le processus d'adolescence
- La valorisation de l'estime de soi et de la confiance en soi

En Suisse, il existe une société de médecine de l'adolescent (SGGA/ASSA). Ses objectifs sont d'améliorer les connaissances à propos de problèmes de santé spécifiques chez les adolescents (par exemple: comportement sexuel, maladies sexuellement transmissibles, pathologies pédiatriques chroniques) et d'améliorer les compétences des professionnels de la santé pour la gestion des besoins spécifiques des adolescents (par exemple: confidentialité, retransmission d'informations, collaboration). De plus, des discussions autour de l'extension de l'âge limite des patients traités en pédiatrie sont en cours afin de passer de 16 à 18 ans pour la limite supérieure.

D'une manière générale, internationalement et en partie également en Suisse, les sociétés de médecine de l'adolescent proposent ou vont élaborer des recommandations de pratiques pour la médecine de l'adolescent et notamment par rapport au concept de transition de la pédiatrie aux soins médicaux adultes.

## **2.2 Les problèmes de l'adolescence dans le domaine de la santé mentale**

Traditionnellement, les soins pédopsychiatriques comparés aux soins de psychiatrie adulte appréhendent les problèmes de santé mentale à l'adolescence comme moins centrés sur une pathologie spécifique et plus en lien avec les enjeux développementaux et le contexte environnemental. Ainsi le système de soins pédopsychiatriques offre des soins appropriés d'un point de vue développemental avec une implication parentale importante : les parents sont sollicités non seulement pour les décisions à prendre sur un plan médico-légal, mais aussi de manière importante pour le traitement (thérapie familiale). Les soins pédopsychiatriques peuvent être également apportés par une équipe pluridisciplinaire. En comparaison, les soins de psychiatrie adulte sont traditionnellement centrés sur le patient, ils misent sur une autonomie et une indépendance de l'utilisateur, et ils utilisent moins de ressources interdisciplinaires.

En termes de transition entre la psychiatrie adolescente et la psychiatrie adulte, il est à noter que la plupart des troubles psychiatriques et leurs conséquences sociales défavorables sont susceptibles de commencer durant l'adolescence. Ainsi une période de transition efficace est incontournable pour promouvoir les meilleurs résultats thérapeutiques possibles (sur les plans individuel, familial et so-

cial). De la médecine de l'adolescent, nous pouvons apprendre que des guidelines et des recommandations pour la transition sont utiles, sinon nécessaires.

### **2.3 Programmes de transition et de collaboration**

La période de transition représente une période critique pour l'organisation des soins: il s'agit pour l'adolescent de faire confiance à de nouveaux professionnels, de se séparer de ceux qui l'ont accompagné jusque-là et parfois d'accepter une certaine chronicité. Le risque de rupture de traitement et d'abandon du traitement et de suivi est important pendant cette période de transition. Les objectifs principaux de tout programme de coopération de transition devraient répondre aux recommandations de la médecine de l'adolescent.

Les programmes collaboratifs de transition sont construits pour faciliter la continuité des soins et la communication entre les professionnels de la psychiatrie de l'adolescent et les professionnels de la psychiatrie adulte. La coordination avec les services de psychiatrie adulte est un enjeu important durant cette période de transition. Les équipes pédopsychiatriques qui ont pris en charge l'adolescent, souvent pendant une longue période, sont pour ce faire, les mieux placées. Elles ont la responsabilité d'initier, de promouvoir et d'adapter la transition des soins, car ils bénéficient d'une relation de confiance établie et d'une connaissance sur les pathologies de chaque patient et leurs besoins respectifs.

Après la transition de la pédopsychiatrie vers un psychiatre ou psychothérapeute d'adultes, la collaboration et la transition par rapport aux réseaux psychosociaux respectifs est importante et comporte des problèmes légaux que nous devons également considérer. Un processus de transition ne se limite pas aux aspects de psychoéducation sur la pathologie, les besoins thérapeutiques et la connaissance du système de psychiatrie adulte, mais il inclut une période de chevauchement des soins (conférence de cas, rencontres régulières avec le patient) impliquant les deux champs. Ce processus est supposé prévenir le désengagement et la déresponsabilisation des services respectifs, écueil qui pourrait aggraver la pathologie.

Les programmes collaboratifs de transition sont construits pour faciliter la continuité des soins et la communication entre les professionnels de la psychiatrie de l'adolescent et les professionnels de la psychiatrie adulte. La coordination avec les services de psychiatrie adulte est un enjeu important durant cette période de transition. Les équipes pédopsychiatriques qui ont pris en charge l'adolescent, souvent pendant une longue période, sont les mieux placées et ont la responsabilité d'initier, de promouvoir et d'adapter la transition des soins car ils bénéficient d'une relation de confiance établie et d'une connaissance sur les pathologies de chaque patient et leurs besoins respectifs.

Deux modalités de programme (coopératif ou) collaboratif pendant la période de transition devraient être considérées:

- 1) Un service spécifique de transition avec des professionnels formés et dévolus au soutien et à la formation de l'équipe pédopsychiatrique multidisciplinaire qui prend en charge les adolescents jusqu'à l'âge de 18 ans en leur offrant les outils et les ressources nécessaires à la planification à la coordination de la transition dans le système adulte.
- 2) Des contrats de collaboration entre deux services qui permettent, lorsqu'il n'y a pas d'équipe de transition spécifique, d'organiser et de définir les modalités du transfert selon un modèle qui reprend les principes cités plus haut.

### 3. Programmes de collaboration innovant

En plus des programmes collaboratifs de transition, qui relient les deux extrémités des services spécialisés de santé mentale (la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte), il existe des services de santé mentale à l'intention des jeunes, pour des pathologies spécifiques ou une large palette de troubles psychiatriques. Des exemples de ce type de programmes spécifiques sont «the Early Psychosis Prevention and Intervention Center» (EPPIC; <http://www.eppic.org.au/>) en Australie ou un programme similaire à Hambourg en Allemagne (PEDIC; <http://www.uke-de/kliniken/psychiatrie/downloads/klinik-psychiatrie-psychotherapie/Download.Flyer-PEB.pdf>), qui offre de manière spécifique une détection précoce et le traitement d'adolescents et de jeunes adultes lors de leur premier épisode psychotique (de l'âge de 14 ans à 25 ou 28 ans). Head Space (<http://www.headspace.org.au/what-works>) constitue un réseau australien national des services de santé mentale pour les jeunes qui inclut son fondateur, the Orygen Youth Health à Melbourne (<http://oyh.org.au/>) avec ses services pour adolescents et jeunes adultes souffrant de dépression, de troubles anxieux et de troubles de la personnalité youthscape (<http://cp.oyh.org.au/ClinicalPrograms/youthscope>). Ces programmes innovants sont plus ou moins séparés des services usuels de santé mentale (EPPIC, Orygen, Head Space, Youthscape) ou explicitement des programmes de collaboration impliquant pédopsychiatrie et psychiatrie adulte (PEDIC ou the Heidelberger Frühbehandlungszentrum für psychische Krisen, FBZ, <http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/Fruehbehandlungszentrum-fuer-junge-Menschen.118358.0.html>).

Les avantages potentiels des programmes spécifiques (par exemple pour les patients qui souffrent de troubles psychotiques) sont:

- Des approches globales avec des programmes taillés sur mesure, pour des syndromes spécifiques comme les psychoses, et apportés à des patients par une équipe motivée et formée spécifiquement à cette pathologie, ce qui permet d'espérer une qualité de soins supérieure par rapport aux prises en charge usuelles.
- Une meilleure continuité des soins et potentiellement un meilleur accès aux soins pour les patients dans les âges typiques de la survenue des premiers symptômes de la maladie.
- Un enrichissement mutuel entre les pédopsychiatres et les psychiatres d'adultes (si le programme est réellement collaboratif) impliquant l'utilisation mutuelle et la collaboration au sein des réseaux respectifs.
- Le développement concerté de la détection de l'intervention précoce, de même que l'information et les programmes anti-stigmatisations auprès du public ou au sein de groupes cibles (comme les psychologues scolaires, les enseignants, les travailleurs sociaux, etc.) qui incluent une présentation détaillée dans les médias.
- Si le programme est efficace en termes de prévention du trouble lui-même ou de sa progression vers une condition plus chronique de la maladie, ce programme peut éventuellement permettre d'économiser des coûts de santé mentale.

Les inconvénients possibles de programmes spécifiques (s'ils ne sont pas ciblés de façon adéquate):

- Les patients avec un diagnostic ou syndrome moins clair précis pourraient recevoir un traitement trop spécifique ignorant les autres besoins pour leur développement personnel et leur rétablissement. Il existe donc un risque potentiel d'étiquetage de syndromes trop précoce, suscitant une identification du patient à son diagnostic et l'évolution supposée (prophéties auto-réalisatrice).

- Si ces programmes sont trop séparés des services usuels de santé mentale ou si les programmes ne couvrent qu'une partie limitée dans le temps du traitement, par exemple EPIC ne couvre que 18 mois de traitement, la transition et la continuité des soins peuvent devenir compromises pour les patients qui entrent et qui sortent du programme.
- Si l'objectif d'un traitement plus efficace n'est pas atteint, les programmes pourraient détourner les ressources du service général de santé mentale de manière injustifiée.
- La spécialisation pourrait entraver la formation, l'enseignement et éventuellement la qualité des soins s'il n'y a pas d'échanges mutuels de savoir et d'expériences entre les spécialistes et les généralistes.

Les programmes plus généraux (Youthscape, Head Space, FBZ) offrent également des options de traitements spécifiques à certaines pathologies. Ainsi les avantages mentionnés plus haut s'appliquent également et par là même, le risque d'un plan de traitement trop étroit diminue. Par contre le risque de discontinuité des soins entre le programme général et les frontières usuelles de la psychiatrie de l'adolescent et des services de psychiatrie adulte augmentent en apportant un troisième service de santé mentale séparé des deux autres.

En conclusion, parmi tous ces programmes innovants potentiels, s'ils n'incluent pas les compétences et savoir faire des pédopsychiatres et des psychiatres d'adultes, l'amélioration de la qualité des soins ne peut être que difficilement atteinte. Par contre, si les professionnels de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et de la psychiatrie adulte collaborent efficacement, trouver un langage commun, définir des standards de soins appropriés intégrant le savoir faire des deux spécialités et statuer sur l'attribution du leadership, constituent un défi relevable.

#### **4. Situation en Suisse: enquête, résultats et lacunes**

La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent en Suisse bénéficie d'une longue tradition et d'un savoir inestimable dans le traitement des adolescents. Cependant, malgré la richesse du pays qui possède un des systèmes de santé au monde des plus performants, tous les cantons ne possèdent pas nécessairement les services et les ressources pour traiter les adolescents présentant des troubles psychiatriques de manière appropriée, notamment en termes de services hospitaliers et de traitements d'urgence, ni dans le champs de la psychiatrie forensique. De plus, des processus de transition cohérents ne sont pas encore établis et des recommandations de pratique sur une transition optimale font défaut.

15 des 24 services (63 %) ont participé à l'enquête. 9 des 15 (60 %) des services participant se voient eux-mêmes comme ayant l'obligation d'admettre des adolescents dans leurs services bien que la plupart des services n'y sont pas officiellement obligés par les autorités cantonales. Tous les services traitent des patients adolescents en ambulatoire, quelques-uns (il n'y a pas de nombre disponible valide) notent qu'ils traitent des adolescents au-delà de l'âge de 18 ans. Sur 15 cantons, 13 (87 %) ont un service hospitalier pour adolescents. Cependant, seulement 9 (60 %) offrent une hospitalisation pour des adolescents en crise aiguë, 4 autres cantons collaborent avec d'autres unités psychiatriques pour adolescents pour les crises aiguës, et 2 autres cantons envoient les adolescents uniquement dans les services de psychiatrie adulte en cas de crise aiguë. Parmi les cantons qui offrent une hospitalisation sélective en cas de crise aiguë généralement plus de 90 % des patients adolescents de l'aire géographique desservie en profite, et seulement moins de 10 % sont envoyés en psychiatrie adulte. Il faut cependant noter que (i) uniquement 7 des 24 services ont fourni les données

complètes et (ii) ces nombres sont uniquement des estimations. 10 des 15 services (67 %) ont des formes de collaboration avec la psychiatrie adulte pour des patients spécifiques ou des groupes particuliers (addiction, autisme, psychose, enfants de parents malades mentaux); 4 services (27 %) n'ont pas de protocole de collaboration avec la psychiatrie adulte. Il semble qu'il n'y ait pas de concept de transition dans aucun des 15 services qui ont répondu.

## 5. Conclusions et recommandations

Comme les particularités développementales des adolescents nécessitent une attention particulière et un savoir faire spécifique pour leur traitement, la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent a été fondée comme une spécialité séparée en Suisse et dans beaucoup d'autres pays d'Europe il y a environ 100 ans, et elle est maintenant reconnue et efficace dans le travail effectué auprès de cette population. Cependant, premièrement tous les cantons n'offrent pas de services de psychiatrie d'enfants et d'adolescents avec les ressources nécessaires à traiter les adolescents, et deuxièmement, la transition entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte n'est généralement pas assez bien organisée et troisièmement, la prévention des troubles psychiatriques, bien que faisant partie intégrante de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, est par essence un domaine de collaboration qui doit prendre en compte une perspective de vie entière et par là même le savoir-faire des deux disciplines.

1. Au moins jusqu'à l'âge de 18 ans, les enfants et les adolescents nécessitant des soins psychiatriques doivent être traités par des pédopsychiatres.
2. Dans les régions où l'accès au service de psychiatrie de l'enfant ou de l'adolescent n'est pas garanti, ils devraient être implantés. Plusieurs cantons pourraient travailler de concert pour offrir cette garantie. Par ailleurs, il se peut que certains services de pédopsychiatrie hospitaliers, en particulier les urgences, soient implantés dans les services de pédiatrie ou en psychiatrie adulte, cependant ces services doivent rester sous la responsabilité et la direction d'un pédopsychiatre.
3. Au-dessus de programmes innovants dans le domaine de la pédopsychiatrie, des programmes de collaboration traitant à la fois des adolescents et des jeunes adultes devraient être considérés sous certaines conditions, par exemple pour des syndromes spécifiques ou des techniques particulières de traitement. Une des pré-conditions est que les deux spécialités, la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte, partagent la direction et traitent leurs patients dans un tel programme de manière collaborative. Les personnes qui sont ainsi spécialisées apportent un savoir nouveau à leur propre institution.
4. Les psychiatres d'enfants et d'adolescents devraient être représentés dans les réseaux sociaux et de recherche qui prennent en compte la vie entière afin de garantir les meilleures formes de traitements pour tous les patients psychiatriques.
5. Concernant les concepts de transition, la task force est en faveur d'une conceptualisation et de trouver des accords pour des modèles de transition standards entre psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et psychiatrie adulte, elle considère qu'une équipe de transition spécifique est peu pratique et pas nécessaire dans la plupart des situations.
6. Pour améliorer les connaissances sur le traitement des adolescents et dans la perspective d'une transition de l'enfance et de l'adolescence vers la psychiatrie adulte, les personnes dans des positions clés dans les deux spécialités devraient construire des cercles de qualité et des conférences de cas traitant des questions de la thérapie et de la collaboration.
7. La formation de psychiatres pour enfants et adolescents devrait être encore développée là où cela est nécessaire, afin que certaines des compétences spécifiques soient enseignées de manière systématique.