

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften



Angewandte
Psychologie

Soins psychiatriques à la croisée de l'adolescence et de l'âge adulte en Suisse : les offres stationnaires et en cliniques de jour

L'état des lieux des offres existantes réalisé sur mandat de l'OFSP

Haute école des sciences appliquées de Zurich (ZHAW)
Département de psychologie appliquée
Institut de psychologie
Groupe d'experts Psychologie clinique et
psychologie de la santé

Agnes von Wyl, Erica Chew Howard, Laura Wade-Bohleber,
Silvia Passalacqua, Larissa Schneebeli, Patrick Haemmerle,
Andreas Andreae

Zurich, janvier 2020

Table des matières

1	Introduction.....	3
1.1	La phase de développement de l'adolescence.....	3
1.2	Atteintes et troubles psychiques lors de la phase de développement de l'adolescence.....	4
1.3	Prise en charge psychiatrique des adolescents et des jeunes adultes en Suisse : quelques chiffres.....	5
1.4	Continuité de la prise en charge psychiatrique entre l'adolescence et le début de l'âge adulte : la psychiatrie de transition.....	5
1.5	Le rôle des foyers socio-éducatifs dans l'offre de soins en psychiatrie de transition ...	7
1.6	But du projet.....	7
2	Méthodologie.....	8
2.1	Inventaire des offres de psychiatrie de transition stationnaires et en cliniques de jour et des offres pour jeunes adultes.....	8
2.2	Inventaire des foyers socio-éducatifs pour les adolescents et les jeunes adultes dans le canton de Zurich.....	10
2.3	Exemples de cas.....	10
2.4	Panels d'experts.....	10
3	Offres de soins psychiatriques stationnaires et en cliniques de jour dans le secteur de la transition et pour les jeunes adultes.....	12
3.1	Vue d'ensemble.....	12
3.2	Offres de psychiatrie de transition stationnaires et en cliniques de jour et offres pour jeunes adultes en Suisse alémanique.....	15
3.3	Offres de psychiatrie de transition stationnaires et en cliniques de jour et offres pour jeunes adultes en Suisse romande.....	20
3.4	Offres de soins psychiatriques stationnaires et en cliniques de jour dans le secteur de la transition et pour jeunes adultes au Tessin.....	22
3.5	Autres offres s'adressant aux adolescents et aux jeunes adultes.....	23
4	Offres psychiatriques prévues dans le domaine de la transition et pour les jeunes adultes (état : juin 2019).....	24
5	Autres institutions importantes dans l'offre de soins en psychiatrie de transition. À titre d'exemple : les foyers socio-éducatifs dans le canton de Zurich.....	25
6	Exemples de cas.....	26
6.1	Troubles du spectre autistique : garder un œil sur l'évolution (Stephan Kupferschmid).....	26
6.2	De la crise d'adolescence au trouble psychique grave : un défi systémique typique lors de la transition (Andreas Andreae).....	27
7	Considérations relatives à la politique de la santé.....	28
7.1	La problématique de la prise en charge lors de la transition de la PEA à la PA.....	28
7.2	Définition de la psychiatrie de transition.....	29
7.3	Situation en matière de prise en charge stationnaire et en cliniques de jour en Suisse dans le domaine de la psychiatrie de transition.....	30
7.4	Processus de soins intégrés en psychiatrie de transition.....	30
7.5	Prise en charge ambulatoire dans le domaine de la transition.....	31
7.6	Clinique de jour versus « case manager » dans le domaine de la transition.....	32
7.7	Dépendances et troubles de la personnalité.....	32
7.8	Élargissement du domaine de compétences de la PEA.....	32
8	Propositions pour améliorer la prise en charge dans la psychiatrie de transition et premières étapes de mise en œuvre.....	33
9	Conclusions.....	35
10	Bibliographie.....	38

1 Introduction

Les soins psychiatriques fournis en Suisse sont jugés satisfaisants et de qualité élevée, comme le constatait en 2016 le Conseil fédéral dans son rapport en réponse au postulat Stähelin sur « l'Avenir de la psychiatrie en Suisse ». L'offre actuelle garantit un traitement adéquat à un grand nombre de patients souffrant d'une maladie psychique. Il existe cependant des domaines dans lesquels la couverture des besoins en soins est insuffisante. L'étude « Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz » (État des lieux de la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiques, en allemand), effectuée sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), a notamment mis en évidence de telles lacunes concernant la prise en charge des enfants et des adolescents (Stocker et al., 2016). De plus, les évaluations issues de la pratique clinique suggèrent qu'il est nécessaire d'intervenir au niveau de l'interface entre l'adolescence et l'âge adulte. Les enfants et les adolescents atteints de troubles psychiques relèvent jusqu'à 18 ans révolus (c.-à-d. jusqu'à 17,99 ans) de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PEA) ; la psychiatrie de l'adulte (PA) prend le relais à compter de leur 18^e anniversaire. Cette délimitation se retrouve, par exemple, dans le domaine stationnaire au niveau de la planification hospitalière cantonale (cf., p. ex. pour le canton de Zurich : Kanton Zürich Regierungsrat, 2019), qui prévoit séparément la planification, les autorisations et le financement de la PEA et de la PA, sans tenir compte de l'évolution typique usuelle des troubles et de la prise en charge au cours des années de développement et de transition des adolescents au moment du passage à l'âge adulte. Ce changement de système de soins conditionné par l'âge est particulièrement net dans le secteur stationnaire : il implique pour les patients une modification de l'offre thérapeutique et, souvent, une interruption voire un arrêt du traitement. Les modalités de traitement sont influencées par les différents tarifs prévus pour les prestations stationnaires en PA et en PEA. De plus, ces deux domaines de la psychiatrie disposent de compétences spécifiques. Tandis que la PA possède généralement des données plus complètes sur certaines pathologies qui se manifestent pleinement et se renforcent principalement à l'âge adulte (p. ex., dépendances et troubles schizophréniques, troubles de la personnalité) ainsi que sur l'évolution vers la chronicité des troubles psychiques et sur les approches thérapeutiques spécifiques, la PEA prend aussi particulièrement en compte, dans le traitement, des connaissances et des concepts abordant des aspects en lien avec la psychologie du développement et la thérapie systémique mais aussi les enjeux en termes d'identité et d'éducation. Dans nombre de cas, cependant, des compétences relevant des deux spécialités sont nécessaires pour la prise en charge psychiatrique des adolescents et des jeunes adultes durant la phase souvent prolongée de l'adolescence. Il est probable que les défis spécifiques de la prise en charge psychiatrique de ce groupe d'âge n'aient pas été suffisamment pris en compte en Suisse jusqu'ici.

Partant de ce constat, l'OFSP a formulé pour le présent projet un mandat visant à établir une vue d'ensemble de l'offre stationnaire à l'interface de la PEA et de la PA en Suisse et à évaluer l'offre existante sur le plan de la politique de la santé.

1.1 La phase de développement de l'adolescence

En psychologie du développement, l'adolescence marque le passage de l'enfance à l'âge adulte. Si le début de l'adolescence peut être identifié d'une manière relativement claire de par l'apparition de la puberté, la fin de cette phase de développement est plus difficile à déterminer (Remschmidt, 2013). Dans notre contexte sociétal, l'âge auquel une personne endosse les rôles liés à la vie d'adulte et acquiert une identité psychique, professionnelle et sociale n'a cessé de reculer, parfois jusqu'à la fin de la trentaine. Ce chevauchement de l'adolescence et de l'âge adulte se reflète dans la psychologie du développement, avec notamment l'apparition du terme « Emerging Adulthood » (ou l'âge adulte émergent) (Seiffge-Krenke, 2015). La phase de développement de l'adolescence s'est donc rallongée, pour durer aujourd'hui chez de nombreuses personnes dix ans, voire davantage. Le passage à l'âge adulte est une étape individuelle, qui ne coïncide que rarement avec le franchissement de la limite légale stricte de la majorité, à l'âge de 18 ans révolus.

L'adolescence va de pair avec différents changements biologiques, cognitifs, émotionnels et psychosociaux. La maturation pubertaire entraîne d'importantes modifications corporelles, que les adolescents doivent intégrer dans l'image qu'ils ont d'eux-mêmes. Ils acquièrent en outre de nouvelles capacités cognitives (p. ex., raisonnement abstrait, nouvelles aptitudes à résoudre les problèmes, créativité (Inhelder & Piaget, 1958 ; Keating, 2004 ; Lehalle, 2006). Les adolescents se posent des questions sur qui ils sont et qui ils souhaiteraient être : la construction de l'identité est essentielle à cette période (Erikson, 1950 ; Lehalle, 2006). Les jeunes se démarquent davantage de leurs parents et recherchent des modèles et des identifications hors du milieu familial, en particulier au sein du groupe de pairs (Brown, Eicher, & Petrie, 1986 ; Zimmer-Gembeck & Collins, 2003). L'adolescence est aussi la période des premières relations amoureuses et expériences sexuelles, ainsi que de l'ancrage, sur le long terme, de nouvelles relations amicales et de partenariats en dehors du cercle familial (Furman, Brown, & Feiring, 1999). De nombreux changements interviennent sur le plan neurobiologique. Il a aussi été question de savoir si les changements rapides intervenant au niveau du système limbique lors de la puberté alors que le cortex préfrontal est encore relativement immature favorisaient les comportements à risque chez les adolescents (Steinberg, 2007). Ces liens sont probablement plus complexes (Crone & Dahl, 2012 ; Foulkes & Blakemore, 2018), mais l'adolescence est certainement une phase de développement caractérisée par des modifications cérébrales structurelles et fonctionnelles significatives, qui, en règle générale, ne s'achèvent que vers le milieu de la vingtaine. Ce phénomène peut s'accompagner, pour les adolescents, de nouvelles possibilités de développement, mais aussi signifier une sensibilité et une vulnérabilité accrues (Fuhrmann, Knoll, & Blakemore, 2015).

1.2 Atteintes et troubles psychiques lors de la phase de développement de l'adolescence

Du fait de ces nombreux bouleversements, l'adolescence est une période de vulnérabilité face aux crises psychiques et à l'apparition de maladies psychiques. Les trois quarts des troubles psychiques se manifestent avant l'âge de 25 ans. S'ils peuvent parfois survenir dès l'enfance, la plupart apparaissent au cours de l'adolescence, jusqu'au début de l'âge adulte (Lambert et al., 2013). On estime à environ 13 % la prévalence dans le monde des troubles psychiques importants chez les enfants et les adolescents (sur la base de 41 études effectuées dans 27 pays, cf. Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye, & Rohde, 2015). Les troubles psychiques constituent la première cause des « années de vie perdues » en raison de contraintes dues à une maladie (*Years Lost due to Disability, YLD*) sur le restant de l'existence (Erskine et al., 2015). Il existe assez peu de données concernant la prévalence des troubles psychiques chez les adolescents en Suisse (von Wyl, Chew Howard, Bohleber, & Haemmerle, 2017). La *Zurich Epidemiological Study of Child and Adolescent Psychopathology* a constaté en 1994, sur la base d'un échantillon de jeunes âgés de 7 à 16 ans, une prévalence de 22 % sur six mois (Steinhausen & Winkler Metzke, 2003).

Les atteintes psychiques au cours de l'adolescence peuvent fortement compromettre le développement psychosocial futur. Souvent, elles entravent l'achèvement d'étapes de développement importantes (construction de l'identité, formation professionnelle, intégration sociale, partenariat, etc.), et ont donc des conséquences jusque tard dans l'âge adulte (Asselmann, Wittchen, Lieb, & Beesdo-Baum, 2018). De plus, ces troubles psychiques précoces sont susceptibles d'évoluer vers la chronicité au cours de la vie, ce qui peut entraîner des coûts économiques considérables (Olesen, Gustavsson, Svensson, Wittchen & Jönsson, 2012). En Suisse, la plus grande partie des nouvelles rentes AI octroyées à des jeunes sont liées à des troubles psychiques (Office fédéral des assurances sociales, 2019). Dans ce contexte, le traitement des troubles psychiques à l'adolescence revêt une importance majeure sur les plans individuel et social.

1.3 Prise en charge psychiatrique des adolescents et des jeunes adultes en Suisse : quelques chiffres

Avant d'aborder les problèmes spécifiques rencontrés dans les services de soins psychiatriques à la croisée de l'adolescence et de l'âge adulte, il convient à titre liminaire de présenter quelques données concernant la prise en charge de ce groupe d'âge. La figure 1 ci-après présente une comparaison des hospitalisations dans des cliniques et des services psychiatriques de jeunes âgés de 16 à 17 ans, de jeunes adultes âgés de 18 à 25 ans et d'adultes à partir de 26 ans depuis 2012. L'unité retenue est le nombre d'hospitalisations pour 1000 habitants dans la classe d'âge correspondante. Les trois groupes d'âge ont enregistré une augmentation. En 2017, on a ainsi recensé 11,7 hospitalisations pour 1000 jeunes âgés de 16 à 17 ans et légèrement plus chez les jeunes adultes, soit 12,3 hospitalisations. En comparaison, le chiffre pour les adultes à partir de 26 ans était un peu plus bas : il s'élevait à 10,4 par an pour 1000 habitants. Il apparaît que la hausse du nombre d'hospitalisations est nettement plus marquée chez les jeunes. Depuis des années, en réalité, on constate une insuffisance de l'offre pour les enfants et les adolescents atteints d'une maladie psychique. Une augmentation des hospitalisations dans ce groupe d'âge pourrait dès lors signifier une amélioration de la prise en charge, par exemple par la multiplication des possibilités de traitement stationnaire. On observe également un accroissement du nombre d'hospitalisations chez les jeunes adultes par rapport aux autres adultes, à partir de 26 ans. Cependant, les données ne permettent pas de savoir si ces jeunes adultes ont bénéficié d'une prise en charge adaptée à la phase de développement de l'adolescence.

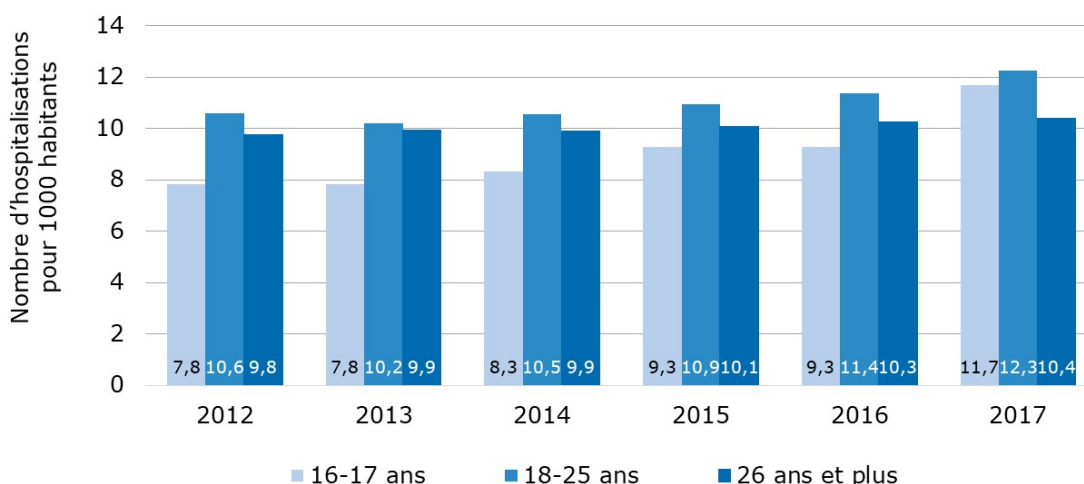


Figure 1 : Hospitalisations dans des cliniques et services psychiatriques de 2012 à 2017. Source : OFS – Statistique médicale des hôpitaux (SM) et Statistique de la population et des ménages (STATPOP) / Analyse Obsan 2019

1.4 Continuité de la prise en charge psychiatrique entre l'adolescence et le début de l'âge adulte : la psychiatrie de transition

L'offre de soins psychiatriques aux adolescents et aux jeunes adultes présente des enjeux spécifiques qui sont probablement trop peu pris en compte dans le modèle de soins actuellement employé en Suisse. Comme nous l'avons déjà évoqué dans l'introduction, la répartition des compétences entre d'une part la PEA et d'autre part la PA implique, principalement dans le secteur stationnaire, un passage d'un système à l'autre dès qu'un jeune atteint la majorité. À cet égard, non seulement la compétence spécialisée, qui repose sur la formation médicale postgraduelle en PEA ou en PA, joue un rôle mais aussi les différents niveaux de

garantie de prise en charge des frais pour les traitements stationnaires appliqués par la plupart des cantons dans ces deux spécialités. C'est pourquoi le transfert vers les services de PA signifie pour les jeunes non seulement une interruption dans la continuité des soins, mais aussi une modification de l'offre de soins. Tandis que la PEA, comme expliqué précédemment, prend en considération dans le traitement la maturité de la personnalité compte tenu d'aspects relevant de la psychologie du développement, il est fréquent que la PA ne soit pas adaptée à la maturité individuelle ni aux particularités ou aux besoins développementaux, familiaux et systémiques d'un adolescent ou d'un jeune adulte, car elle a tendance à se concentrer sur la pathologie individuelle (Singh, Evans, Sireling, & Stuart, 2005). À l'inverse, la PEA ne dispose que d'une expérience limitée s'agissant du traitement des troubles psychiques qui se manifestent pleinement à l'âge adulte, tels que les troubles de la personnalité, les addictions ou les maladies schizo-phrènes. Le niveau d'assistance diffère également dans les deux spécialités. Les services spécifiques, comme les offres permettant de poursuivre la formation durant une hospitalisation psychiatrique, sont plutôt disponibles en PEA qu'en PA.

La continuité du traitement psychiatrique entre l'adolescence et l'âge adulte est essentielle pour une prise en charge satisfaisante, efficace et durable des patients à cet âge. Les jeunes qui suivent un traitement psychiatrique ont fréquemment besoin de le poursuivre au début de l'âge adulte. Ainsi, dans le cadre d'une étude pilote menée en Autriche, les psychiatres et psychologues pour enfants et adolescents interrogés ont indiqué qu'environ 45 % des jeunes qu'ils suivaient nécessitaient de poursuivre leur traitement dans la PA après leur majorité (Pollak, Kapusta, Diehm, Plener, & Skala, 2017). D'autres difficultés spécifiques se posent également dans le traitement des patients de cette tranche d'âge, qui tiennent aux grandes disparités individuelles au niveau des processus de développement et de maturation (Fegert, Petermann, & Freyberger, 2015 ; Fegert, Streeck-Fischer, & Freyberger, 2009) ainsi qu'aux modifications du cadre juridique qui interviennent à la majorité (droit de la protection de l'enfant et de l'adulte (DPEA), loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), Code pénal (CP)).

Les services spécialisés dits de psychiatrie de transition visent à prendre en compte ces problématiques liées à la phase de développement de l'adolescence et à assurer une continuité des soins pour les patients à la croisée entre la PEA et la PA. L'objectif principal d'une psychiatrie de transition conceptualisée consiste à optimiser d'un point de vue organisationnel et technique le transfert de la PEA vers la PA et de mettre en relation les systèmes de prise en charge et d'assistance psychiatriques de manière interdisciplinaire. De telles offres de psychiatrie de transition se veulent également interdisciplinaires au-delà de la psychiatrie et intègrent des concepts relevant de la psychiatrie, de la psychologie du développement et de la socio-pédagogie, ainsi que le personnel spécialisé correspondant. En Allemagne, des experts des associations de spécialistes de la PEA et de la PA (Société allemande de psychiatrie, de psychosomatique et de psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent, DGKJP) et de la Société allemande de psychiatrie, psychothérapie, psychosomatique et neurologie, DGPPN) ont publié en 2017 un document exposant les questions clés dans le but de répondre aux défis posés dans le secteur de la transition et d'améliorer l'offre de soins en psychiatrie de transition (Fegert, Hauth, Banaschewski, & Freyberger, 2017). Le document portait une attention particulière à une orientation interdisciplinaire des offres de soins et à la prise en compte des problématiques spécifiques au développement dans la prise en charge des jeunes patients psychiatriques.

Il n'y a pas de délimitation nette entre les concepts de « psychiatrie de l'adolescence », de « psychiatrie de l'adolescent » et de « psychiatrie de transition ». D'un point de vue sémantique, la psychiatrie de l'adolescence et la psychiatrie de l'adolescent sont établies depuis longtemps, s'appuyant notamment sur les manuels de H. Remschmidt (*Adoleszenz* et *Psychiatrie der Adoleszenz*, Remschmidt, 1992a, 1992b) et de J. M. Fegert, A. Streeck-Fischer et H. J. Freyberger (*Adoleszenzpsychiatrie*, Fegert et al., 2009), où la psychiatrie de l'adolescence a été définie de manière complète comme la psychiatrie du développement chez les adolescents et les jeunes adultes. La « psychiatrie de transition » ne se diffuse quant à elle d'un point de vue sémantique et conceptuel que depuis quelques années. Cette dénomination entend en particulier souligner le défi qui se pose en termes de prise en charge concernant les jeunes au moment où ils atteignent leur majorité, à la croisée entre la PEA et

la PA, et qu'il s'agit de relever pour une psychiatrie progressiste de l'adolescent, qui propose des soins efficaces. Elle appelle à une meilleure collaboration entre la PEA et la PA. Dans le présent rapport consacré à l'état des lieux de la prise en charge des patients à cet âge charnière, nous utilisons par conséquent le terme « psychiatrie de transition », tout en sachant qu'il n'est guère employé dans les cliniques ou les concepts de prise en charge en Suisse à l'heure actuelle.

1.5 Le rôle des foyers socio-éducatifs dans l'offre de soins en psychiatrie de transition

Les foyers socio-éducatifs de l'aide à la jeunesse et de l'aide sociale prévues par la loi ainsi que la justice jouent un rôle important dans le suivi et le traitement des troubles psychiques chez les adolescents et les jeunes adultes. C'est précisément dans le cadre des problèmes de développement complexes liés à l'adolescence auxquels sont confrontés les services d'aide à la jeunesse et d'aide sociale et la justice que les recoupements avec les troubles psychiques, et de ce fait avec la psychiatrie, ont toujours été considérables. Un grand nombre de jeunes difficiles ou délinquants, placés dans des centres d'exécution des mesures et des foyers pour mineurs suite à des mesures civiles ou pénales, présentent des troubles et des maladies psychiques significatifs, parfois même sous des formes graves, par exemple avec une psychopathologie schizophrénique ou bipolaire. Ils sont nombreux à passer par des séjours, courts ou longs, en psychiatrie stationnaire avant, pendant ou après le placement en institution. L'expérience, les rapports annuels et quelques relevés systématiques (p. ex. Döhlitzsch et al., 2014 ; Lüdtke et al., 2017) permettent de supposer qu'en fonction de l'institution, 30 à 70 % des adolescents et des jeunes adultes sont confrontés à des problèmes d'ordre psychiatrique. L'environnement suivi offert par les institutions peut leur être bénéfique durant ces années critiques.

La psychiatrie stationnaire recherche toujours, pour les jeunes patients dont les besoins en développement et en éducation nécessitent un accompagnement socio-pédagogique, des solutions relais dans des foyers socio-éducatifs adéquats proposant une offre éducative en interne, des structures d'encadrement et de contrôle ainsi qu'un traitement thérapeutique. Cependant, toutes les institutions ne sont pas adaptées ou conçues pour prendre en charge de tels cas. Ici également, il est nécessaire de mettre en place une réflexion et une culture de collaboration entre la psychiatrie et la socio-pédagogie dans le sens d'une psychiatrie de transition. Certaines institutions disposent déjà de prestations psychiatriques et psychologiques proposées par des services psychiatriques ou d'une offre de soins psychothérapeutiques en interne. Une fois leur formation ou les mesures prévues par le droit pénal des mineurs achevées, les jeunes ont souvent largement dépassé leur 20^e anniversaire, si bien qu'il en découle également des recoupements avec la psychiatrie de l'adulte. De ce fait, la plupart des institutions sont ouvertes, perméables et flexibles du point de vue de la psychologie de transition.

De plus, dans la majorité des régions d'approvisionnement en soins psychiatriques, de nombreux établissements et groupes d'habitation dits socio-thérapeutiques se sont établis, dont un grand nombre s'adressent à des personnes de la fin de l'adolescence au début de l'âge adulte. Ces structures, qui visent à proposer une offre complémentaire à celle des cliniques, des cliniques de jour et des centres de soins ambulatoires, suivent fréquemment des patients adolescents sur plusieurs années, précisément au moment de la transition vers l'âge adulte.

1.6 But du projet

Le présent projet a pour but d'établir une vue d'ensemble de l'offre et des concepts stationnaires à l'interface de la PEA et de la PA en Suisse. Tout d'abord, il s'agit des services psychiatriques spécialisés qui traitent dans le cadre de la même offre de soins les adolescents de moins de 18 ans et les jeunes adultes de plus de 18 ans. Les offres de la PA qui s'adressent spécifiquement aux jeunes adultes ont de plus été prises en compte. Si ces dernières offres ne permettent pas non plus d'éviter le passage de la PEA à la PA, on peut cependant supposer que les soins s'adressant aux jeunes adultes tiennent compte de leurs

besoins spécifiques, qui diffèrent de ceux des adultes d'âge moyen. Étant donné qu'il n'existe en Suisse qu'un nombre limité d'offres stationnaires mettant ainsi l'accent sur la croisée de l'adolescence et de l'âge adulte, la recherche a été étendue aux offres et aux concepts des cliniques de jour. Les offres en cliniques de jour peuvent compléter les offres stationnaires dans la prise en charge d'adolescents et de jeunes adultes lors de crises. Une liste des offres stationnaires et en cliniques de jour *planifiées* a également été compilée. Les recherches ont en effet laissé à penser que différentes cliniques sont tout à fait conscientes de la problématique. La présentation des offres planifiées vise à exposer les efforts déployés à cet égard.

L'accent mis sur les offres stationnaires et en cliniques de jour constitue une première étape vers un examen de la situation en matière de prise en charge psychiatrique des patients à la croisée de la PEA et de la PA. Étant donné que la délimitation entre la psychiatrie de l'adolescent et celle de l'adulte est particulièrement rigide dans le secteur stationnaire, les problèmes d'approvisionnement en soins y sont particulièrement tangibles. Les soins ambulatoires revêtent aussi, naturellement, une grande importance. Cependant, ils ne faisaient pas partie de la problématique traitée ici. L'expérience montre que le secteur ambulatoire est confronté à des défis relevant de la psychiatrie de transition entre les deux spécialités mais que ceux-ci sont abordés avec davantage de flexibilité et de perméabilité que dans le secteur stationnaire. Ainsi, dans le domaine ambulatoire, les psychiatres pour enfants et adolescents peuvent aussi continuer à facturer le traitement de patients devenus adultes. À l'inverse, les psychiatres pour adultes ont aussi la possibilité de le faire lorsque des adolescents plus âgés leur sont adressés.

L'inventaire des offres de soins stationnaires et en cliniques de jour est complété, à titre d'exemple, par une liste des foyers socio-éducatifs du canton de Zurich. En l'occurrence, nous nous concentrons sur les établissements accueillant des adolescents et des jeunes adultes qui couvrent la phase de transition de l'adolescence à l'âge adulte. Un certain nombre de ces établissements disposent en interne d'une offre de traitement psychothérapeutique ou psychiatrique.

Deux vignettes cliniques illustrent ensuite quelques-uns des défis liés au traitement psychiatrique de patients dans la phase de transition de l'adolescence à l'âge adulte.

Pour finir, le rapport propose une appréciation de la situation en matière de prise en charge psychiatrique de ce groupe d'âge du point de vue de la politique de la santé, reposant sur les échanges de deux groupes d'experts constitués de spécialistes de Suisse alémanique et de Suisse romande. Un entretien a également été mené avec un expert du Tessin. L'appréciation donne un aperçu de la manière dont la prise en charge psychiatrique des adolescents et des jeunes adultes pourrait être améliorée en Suisse.

2 Méthodologie

Nous commencerons par décrire ici la méthode employée pour recenser les offres stationnaires et en cliniques de jour axées sur les patients à la croisée de l'adolescence et de l'âge adulte. Nous exposerons ensuite la méthode qui a présidé à l'inventaire des foyers socio-éducatifs dans le canton de Zurich, puis apporterons une brève explication du contexte des vignettes cliniques, avant de présenter le déroulement et les participants des deux panels d'experts et de l'entretien avec un expert tessinois.

2.1 Inventaire des offres de psychiatrie de transition stationnaires et en cliniques de jour et des offres pour jeunes adultes

Phase de screening À l'origine, le projet devait uniquement se concentrer sur un inventaire des offres stationnaires de psychiatrie de transition. Pour obtenir un premier aperçu de ces services, nous avons tout d'abord compilé une liste de toutes les cliniques et institutions qui proposent des soins psychiatriques stationnaires aussi bien dans la PEA que dans la PA en

Suisse. Pour ce faire, nous nous sommes basés sur la liste des institutions établie par l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) pour l'année 2017. Les sites Internet des différentes institutions ont ensuite permis de recueillir les informations pertinentes sur leurs offres en matière de psychiatrie de transition, par exemple les groupes d'âge accueillis ou le nombre de places de traitement. Comme il est rapidement apparu que les offres stationnaires de psychiatrie de transition étaient très peu nombreuses, les offres pour jeunes adultes ont également été prises en compte. D'autre part, les offres de soins en cliniques de jour ont aussi été intégrées aux recherches. En l'espèce, il s'agissait tout d'abord de vérifier si les cliniques identifiées proposaient aussi des traitements en clinique de jour. D'autres offres en cliniques de jour ont en outre été recherchées sur Internet. Nous avons par ailleurs consulté une liste d'offres établie par la Société suisse des cliniques de jour psychiatriques et psychothérapeutiques (Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrische und Psychotherapeutische Tageskliniken, SGPPT). Comme dans le cas des offres stationnaires, les recherches se sont concentrées sur les offres thérapeutiques en cliniques de jour relevant de la psychiatrie de transition et sur celles s'adressant aux jeunes adultes.

La définition des offres ainsi recherchées a été convenue avec l'OFSP. Au vu de la rareté des offres stationnaires de psychiatrie de transition, il a été décidé, comme pour le screening, d'étendre l'ensemble définitif et validé des offres psychiatriques stationnaires au début de l'âge adulte et de le compléter par les offres en cliniques de jour. Il a également été décidé d'inclure les foyers socio-éducatifs couvrant la transition de l'adolescence à l'âge adulte, en se limitant toutefois au canton de Zurich. Ce canton étant le plus peuplé de Suisse, il a été choisi à titre d'exemple. Un inventaire de l'ensemble des foyers socio-éducatifs à l'échelle de la Suisse n'était pas possible dans le cadre de ce mandat.

Phase de validation La phase de validation a consisté à vérifier l'exhaustivité de la liste établie concernant les offres de psychiatrie de transition stationnaires et en cliniques de jour ainsi que les offres pour les jeunes adultes. Pour ce faire, un lien vers un questionnaire en ligne a été envoyé à toutes les cliniques psychiatriques (généralement à la direction) proposant des soins stationnaires et/ou en clinique de jour. Deux versions du questionnaire ont été utilisées : l'une pour les institutions de la PEA et l'autre pour les institutions de la PA. Le questionnaire a été rédigé en allemand ; il a été traduit en français pour l'enquête en Suisse romande et au Tessin.

Il a permis de recueillir des informations sur les questions suivantes :

- L'institution propose-t-elle des offres de psychiatrie de transition stationnaires et/ou en clinique de jour et/ou des offres s'adressant aux jeunes adultes ?
- Quel est le nom de l'unité proposant les services de psychiatrie de transition ou pour les jeunes adultes ?
- Combien de places comprend l'offre de psychiatrie de transition ou l'offre pour les jeunes adultes ?
- Existe-t-il des exceptions en termes de tranche d'âge pour les admissions dans les services de PEA ou de PA au sein de l'institution ?
- Des offres de psychiatrie de transition stationnaires et/ou en clinique de jour ou des offres s'adressant aux jeunes adultes sont-elles prévues ?

Sur la période allant du 27 mai 2019 au 11 juin 2019, le lien vers le questionnaire en ligne a été envoyé par courriel à 78 institutions. En l'absence de réponse, les personnes responsables ont reçu, une semaine et deux semaines après le premier envoi, un nouveau courriel les invitant à participer à l'enquête. Après un mois, le cas échéant, les personnes responsables ou les secrétariats des cliniques ont été relancées par téléphone. Les personnes interrogées avaient la possibilité de renvoyer le questionnaire en pièce jointe ou de répondre directement aux questions dans un courriel. Au total, les informations nécessaires ont pu être recueillies pour plus de 90 % des cliniques. Aucune information n'a pu être obtenue auprès de cinq d'entre elles, malgré plusieurs prises de contact par courriel et par téléphone.

Pour plusieurs cliniques, on a constaté des différences entre les offres qui avaient été recherchées lors de la phase de screening et les indications fournies dans le questionnaire en ligne. Nous avons à nouveau pris contact avec ces dernières pour des éclaircissements.

2.2 Inventaire des foyers socio-éducatifs pour les adolescents et les jeunes adultes dans le canton de Zurich

Différentes sources ont été utilisées pour effectuer l'inventaire des foyers socio-éducatifs existants dans le canton de Zurich, qui accueillent des jeunes dans la phase de transition vers l'âge adulte. Dans un premier temps, nous avons relevé les structures d'hébergement répertoriées dans les listes *Wohnen – Jugendliche / junge Erwachsene in Krisensituationen* (état au 1^{er} octobre 2018) et *Wohnen – Psychische Beeinträchtigung* (état au 23 janvier 2019) de la ville de Zurich, Support Sozialdepartement (Stadt Zürich, 2019a, 2019b). Nous y avons ajouté les structures d'hébergements trouvées sur les sites Internet Casa-data.ch (Office fédéral de la justice, 2019) et Heiminfo.ch (Heiminfo.ch, 2019). Ensuite, la liste a été comparée avec celle des foyers pour enfants et adolescents (*Verzeichnis der Kinder- und Jugendheime*, état au 4 avril 2019) de l'Office de la jeunesse et de l'orientation professionnelle du canton de Zurich (Amt für Jugend und Berufsberatung, 2019) ainsi que la *Liste des établissements d'éducation reconnus par l'Office fédéral de la justice* (état au 7 novembre 2017 ; Office fédéral de la justice, 2019b) puis complétée avec les institutions qui n'y figuraient pas encore. Des informations complémentaires relatives aux établissements d'hébergement socio-éducatifs ont été collectées au moyen de leurs sites Internet. Il s'agissait notamment de relever l'âge des personnes prises en charge ainsi que l'existence en interne ou en externe d'une offre de soins psychothérapeutiques ou psychiatriques. Les institutions pour lesquelles il n'a pas été possible d'établir clairement d'éventuelles limites d'âge ou l'existence d'une prise en charge psychothérapeutique ou psychiatrique en interne ont été contactées, par courriel ou par téléphone.

Pour établir l'inventaire définitif, nous avons tout d'abord exclu les institutions pour personnes handicapées. Ensuite, seuls les établissements prenant en charge des jeunes lors du passage à la majorité ont été retenus. Enfin, nous avons défini le type de prise en charge proposé (psychothérapeutique avec ou sans traitement psychiatrique – en interne ou en externe, accompagnement spirituel et pédagogique spécialisé, absence d'accompagnement).

2.3 Exemples de cas

Deux psychiatres bénéficiant de longues années d'expérience dans le travail auprès de patients psychiatriques adolescents, le Dr Stephan Kupferschmid et le Dr Andreas Andrae, ont été invités à présenter chacun un exemple de cas. Ces deux exemples visent à illustrer quelques-uns des défis rencontrés dans le traitement de patients dans la phase de transition de l'adolescence vers l'âge adulte.

2.4 Panels d'experts

Dans une dernière étape, l'inventaire des offres de psychiatrie de transition réalisé dans le cadre du présent projet a été discuté par deux panels d'experts et évalué par des spécialistes du point de vue du concept de l'approvisionnement en soins et de la politique de la santé. Les considérations suivantes ont guidé le choix des participants aux panels d'experts : étant donné que le thème se rapporte à la psychiatrie stationnaire, des médecins-chefs de cliniques de la PEA et de la PA ont été sélectionnés. L'objectif était de représenter des zones aussi bien urbaines que rurales ainsi que des centres universitaires. Par ailleurs, le directeur d'un foyer de formation professionnelle a pris part au panel en Suisse alémanique. Certaines des personnes sollicitées n'ont pas été en mesure de participer pour des raisons de calendrier ; dans certains cas, d'autres personnes ont été invitées à leur place. Le panel d'experts constitué de spécialistes de Suisse alémanique s'est réuni le 27 août 2019 et celui de Suisse romande le 4 septembre 2019.

Les deux réunions d'experts se sont déroulées de la manière suivante : après un tour de présentation, les résultats de l'inventaire des offres stationnaires et en cliniques de jour de psychiatrie

de transition, complété par les offres pour les jeunes adultes, ont été exposés aux spécialistes. Ces derniers ont été invités à discuter de ces résultats et à évaluer les lacunes en matière de fourniture de soins. Dans un deuxième temps, ils ont été priés de réfléchir, du point de vue de la politique de la santé, à la manière dont la situation en matière de prise en charge pouvait être améliorée et quelles seraient les étapes concrètes requises pour ce faire. Le panel pour la Suisse alémanique était animé par Agnes von Wyl et celui pour la Suisse romande par Patrick Haemmerle.

Outre Agnes von Wyl, Erica Chew Howard et Laura Wade-Bohleber (toutes de la ZHAW), les experts suivants participaient au panel pour la Suisse alémanique :

- D^r Andreas Andreae, co-auteur du présent rapport et directeur médical pendant de nombreuses années du Centre de psychiatrie intégrée Winterthour – Unterland zurichois (ipw), président de la Fondation SOMOSA, qui gère une unité pilote pour le diagnostic, le traitement, le développement de la personnalité et la préparation professionnelle en présence de troubles complexes de l'adolescence ;
- PD D^r Gregor Berger, médecin-directeur Urgences/Hometreatment/triage à la Clinique de psychiatrie et de psychothérapie pour enfants et adolescents de la Clinique psychiatrique universitaire de Zurich (PUK) ;
- Carmelo Campanello, lic. phil., psychologue et pédagogue, directeur général de la maison d'éducation Pestalozzi de Burghof, Dielsdorf ZH, foyer de formation professionnelle pour adolescents et jeunes adultes âgés de 15 à 22 ans ;
- D^r Beni Dubno, EMBA HSG, directeur médical suppléant et médecin-chef du service de psychiatrie aiguë pour adulte du Centre de psychiatrie intégrée Winterthour – Unterland zurichois (ipw) ;
- D^r Patrick Haemmerle, MPH, directeur médical pendant de nombreuses années du Secteur bilingue de psychiatrie et de psychothérapie pour enfants et adolescents du Réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM) ;
- D^r Stephan Kupferschmid, médecin-chef du service de psychiatrie pour adolescents et jeunes adultes du Centre de psychiatrie intégrée Winterthour – Unterland zurichois (ipw) ;
- D^r Jörg Leeners, médecin-chef et responsable du secteur Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent Schwytz et Uri, Triaplus AG ;
- Esther Walter, MSc, MPH, responsable de projet, OFSP ;
- D^r Barbara Wendel-Widmer, médecin-chef Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Services psychiatriques, Hôpitaux de Soleure.

Le panel d'experts pour la Suisse romande a accueilli, aux côtés d'Agnes von Wyl et de Patrick Haemmerle, les participants suivants :

- D^r Laurent Holzer, directeur médical du Secteur bilingue de psychiatrie et de psychothérapie pour enfants et adolescents du Réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM) ;
- P^r Charles Bonsack, médecin-chef, professeur associé, Consultations de Chauderon, Service de psychiatrie communautaire (PCO), Département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) ;
- P^r Yasser Khazaal, médecin-chef, Service de médecine des addictions, Policlinique d'addictologie, Département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) (première moitié du panel d'experts).

Les deux panels ont fait l'objet d'un enregistrement vidéo ou audio, retranscrit ensuite textuellement. Les retranscriptions ont servi de base à l'élaboration d'un résumé, dont les points clés concernant les mesures souhaitables à apporter dans l'offre de soins en psychiatrie de transition et les étapes envisageables s'agissant de leur mise en œuvre ont été envoyés à l'ensemble des experts, qui avaient la possibilité de soumettre leurs commentaires. Les différents points ont été remaniés à partir des réponses obtenues.

Dans le but de compléter l'appréciation de la politique de la santé avec des informations concernant la situation au Tessin, un entretien a été réalisé le 13 novembre 2019 avec le D^r Rafael Traber, directeur médical du Réseau psychiatrique tessinois. Les informations recueillies lors de cet entretien ont été intégrées à l'appréciation de la politique sanitaire.

3 Offres de soins psychiatriques stationnaires et en cliniques de jour dans le secteur de la transition et pour les jeunes adultes

3.1 Vue d'ensemble

Il existe en Suisse un nombre limité d'offres stationnaires et en cliniques de jour mettant l'accent sur la psychiatrie de transition. Pour notre inventaire, nous avons donc complété ces offres par celles s'adressant à des patients au début de l'âge adulte (admission à partir de 18 ans) (cf. figure 2). En règle générale, la limite d'âge pour ces services est fixée à 25 ou 30 ans. Cependant, des exceptions sont aussi constatées : certains prennent en charge des patients jusqu'à l'âge de 40 ans.

Dans toute la Suisse, nous avons identifié six offres stationnaires de psychiatrie de transition. Il s'agit des structures suivantes :

- IPW Centre de psychiatrie intégrée Winterthour (ZH) : unité de psychothérapie pour jeunes adultes ;
- Clinique Barmelweid (AG) : unité pour adolescents et jeunes adultes ;
- Psychiatrie Bâle-Campagne (BL) : unité de soins aigus B2 ;
- Psychiatrie Bâle-Campagne (BL) : Unité Troubles des conduites alimentaires;
- Soteria Berne (BE) ;
- Spital Thurgau AG, Services psychiatriques Thurgovie (TG) : psychiatrie et psychothérapie de l'adolescent.

Le nombre de places de traitement des offres stationnaires de psychiatrie de transition varie entre 8 et 26. Les offres couvrent majoritairement différents diagnostics. Une structure s'adresse à des patients souffrant de troubles des conduites alimentaires (TCA) (Psychiatrie Bâle-Campagne) et une autre à des patients atteints de troubles psychotiques (Soteria Berne). Une offre (Psychiatrie Bâle-Campagne) est gérée conjointement par la PEA et la PA.

De plus, huit offres stationnaires axées sur le début de l'âge adulte ont pu être identifiées :

- Clienia Littenheid AG (TG) : Station Pünt Nord, unité de psychothérapie pour jeunes adultes ;
- Clienia Schlössli AG (ZH) : gestion des crises chez les jeunes adultes ;
- Clinique Schützen (AG) : service de psychothérapie stationnaire ;
- Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), Belle-Idée, Hôpital de psychiatrie (GE) : Unité Alizé ;
- Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) (VD) : Unité Azur ;
- Réseau fribourgeois de santé mentale, Centre de soins hospitaliers (FR) : Hermès ;
- Clinique La Métairie (VD) : Unité Le Léman ;
- Clinique psychiatrique cantonale (CPS) (TI) : service spécialisé Adorna.

Le nombre de places de traitement des offres stationnaires pour jeunes adultes varie entre 13 et 22. Toutes ces offres couvrent différents diagnostics.

Dans le cadre de notre inventaire, nous avons en outre identifié quatre offres en cliniques de jour axées sur la psychiatrie de transition.

- Clinique Barmelweid (AG) : unité de soins de jour pour adolescents ;
- Soteria Berne (BE), traitement en clinique de jour ;
- Spital Thurgau AG, Services psychiatriques Thurgovie (TG) : clinique de jour Psychiatrie et psychothérapie de l'adolescent ;
- Fondation Institut Maïeutique (VD) : clinique de jour.

Le nombre de places de traitement des offres de psychiatrie de transition en cliniques de jour varie entre 12 et 24. Deux des offres en cliniques de jour couvrent différents diagnostics,

tandis que deux s'adressent spécifiquement à des patients confrontés à une première psychose ou à une grave crise d'adolescence (Soteria Berne et Fondation Institut Maïeutique).

Enfin, nous avons trouvé une offre de soins en clinique de jour pour jeunes adultes :

- Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), Belle-Idée, Hôpital de psychiatrie (GE) : JADE.

Ce programme prend en charge tous les diagnostics psychiatriques, à l'exception des troubles du spectre autistique.

Les offres stationnaires et en cliniques de jour axées sur le secteur de la transition ou le début de l'âge adulte sont décrites plus en détail dans les encadrés ci-après. Les structures en Suisse alémanique sont présentées en premier, suivies de celles en Suisse romande, puis au Tessin. Les structures dans les cantons bilingues de Fribourg et du Valais sont répertoriées avec les structures romandes. Pour chaque région, les offres apparaissent dans l'ordre alphabétique. Les offres stationnaires sont indiquées en bleu et celles en cliniques de jour en jaune. Les indications se basent sur les renseignements fournis par les institutions dans le cadre de l'enquête que nous avons réalisée.

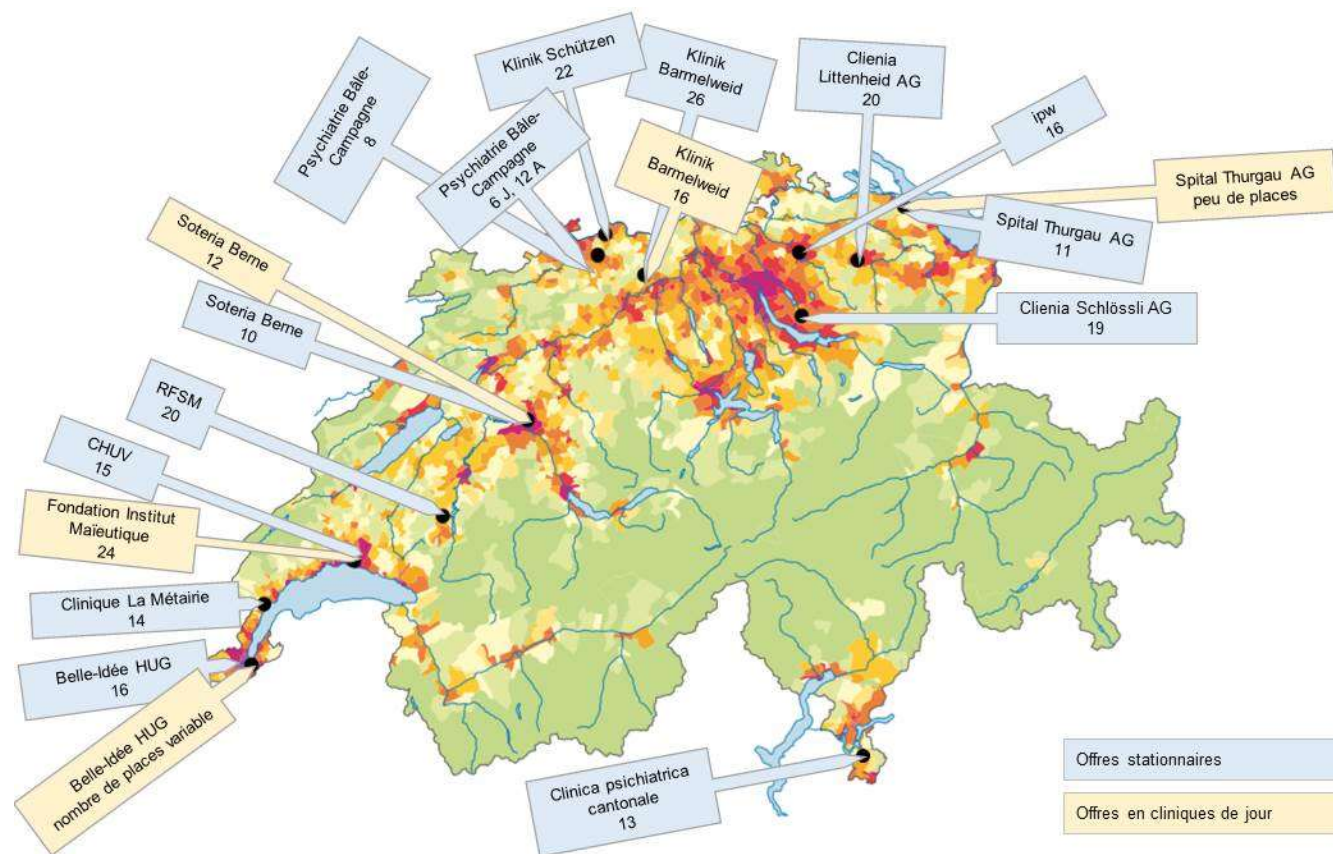


Figure 2 : Vue d'ensemble des offres de psychiatrie de transition stationnaires et en cliniques de jour et des offres pour jeunes adultes en Suisse. Le nombre indiqué correspond aux places de traitement. J = jeunes, A = adultes. CHUV = Centre hospitalier universitaire vaudois, HUG = Hôpitaux universitaires de Genève, ipw = Centre de psychiatrie intégrée Winterthour, RFSM = Réseau fribourgeois de santé mentale.

Source de la carte : Office fédéral de la statistique (https://www.atlas.bfs.admin.ch/maps/13/map/mapIdOnly/20695_fr.html)

3.2 Offres de psychiatrie de transition stationnaires et en cliniques de jour et offres pour jeunes adultes en Suisse alémanique

Clienia Littenheid AG	
Localité	Littenheid, TG
Type d'offre	Stationnaire
Désignation	Station Pünt Nord, unité de psychothérapie pour jeunes adultes
Groupe d'âge	18–25 ans (30 ans max.)
Nombre de places	20
Indication/Diagnostics	Tous les diagnostics de ce groupe d'âge, pouvant être traités par la psychothérapie, en particulier les troubles de la personnalité borderline et autres, les TCA ¹ et le trouble du déficit de l'attention / hyperactivité
Site Internet	https://www.clenia.ch

Clienia Schlössli AG	
Localité	Oetwil am See, ZH
Type d'offre	Stationnaire
Désignation	Gestion des crises chez les jeunes adultes
Groupe d'âge	18–25 ans
Nombre de places	19
Indication/Diagnostics	Tous les diagnostics psychiatriques, principalement les troubles affectifs, les psychoses et les troubles de la personnalité
Site Internet	https://clenia.ch

¹ Troubles des Conduites Alimentaires

Centre de psychiatrie intégrée Winterthour – Unterland zurichois	
Localité	Winterthour, ZH
Type d'offre	Stationnaire
Désignation	Unité de psychothérapie pour jeunes adultes
Groupe d'âge	17–25 ans
Nombre de places	16
Indication/Diagnostics	Tous les diagnostics psychiatriques
Site Internet	https://ipw.ch

Clinique Barmelweid	
Localité	Barmelweid, AG
Type d'offre	Stationnaire
Désignation	Unité pour adolescents et jeunes adultes
Groupe d'âge	de 16 ans à 30 ans max.
Nombre de places	26
Indication/Diagnostics	TCA (anorexie, boulimie, hyperphagie boulimique), trouble de la personnalité borderline et autres troubles ou accentuations de la personnalité, troubles post-traumatiques, troubles du déficit de l'attention / hyperactivité et troubles anxieux, dépressifs ou obsessionnels compulsifs. Pas de prise en charge des diagnostics CIM-10 F2 (schizophrénie, troubles schizotypiques et délirants).
Site Internet	http://barmelweid.ch

Clinique Barmelweid	
Localité	Barmelweid, AG
Type d'offre	Clinique de jour
Désignation	Unité pour adolescents et jeunes adultes
Groupe d'âge	de 16 ans à 30 ans max.
Nombre de places	16
Indication/Diagnostics	Admission après un séjour stationnaire
Site Internet	http://barmelweid.ch

Clinique Schützen	
Localité	Rheinfelden, AG
Type d'offre	Stationnaire
Désignation	Service de psychothérapie stationnaire intensive
Groupe d'âge	18–35 ans
Nombre de places	22
Indication/Diagnostics	Dépressions, troubles anxieux et obsessionnels compulsifs, maladies psychosomatiques, TCA, troubles de la personnalité à l'adolescence et à l'adolescence tardive, également avec abus ou dépendances secondaires liés à des substances ou addictions non liées à des substances
Site Internet	https://www.klinikschoetzen.ch

Psychiatrie Bâle-Campagne	
Localité	Liestal, BL
Type d'offre	Stationnaire
Désignation	Unité de soins aigus B2
Groupe d'âge	À partir de 14 ans, à titre exceptionnel des patients plus jeunes. La limite d'âge supérieure n'est pas strictement définie, l'unité s'efforçant de prendre en charge des jeunes patients si possible.
Nombre de places	6 jeunes 12 adultes
Indication/Diagnostics	Tous les diagnostics psychiatriques
Informations complémentaires	Unité gérée conjointement par la psychiatrie pour adultes et la psychiatrie pour enfants et adolescents
Site Internet	https://www.pbl.ch

Psychiatrie Bâle-Campagne	
Localité	Liestal, BL
Type d'offre	Stationnaire
Désignation	Unité Troubles du comportement alimentaire
Groupe d'âge	13–20 ans
Nombre de places	8
Indication/Diagnostics	TCA
Site Internet	https://www.pbl.ch

Soteria Berne	
Localité	Berne, BE
Type d'offre	Stationnaire
Groupe d'âge	16–40 ans
Nombre de places	10
Indication/Diagnostics	Premières manifestations psychotiques, graves crises d'adolescence
Site Internet	https://www.igsbern.ch

Soteria Berne	
Localité	Berne, BE
Type d'offre	Clinique de jour
Groupe d'âge	16–40 ans
Nombre de places	12 places, plus suivi ambulatoire
Indication/Diagnostics	Premières manifestations psychotiques, graves crises d'adolescence
Site Internet	https://www.igsbern.ch

Spital Thurgau AG, Services psychiatriques Thurgovie	
Localité	Münsterlingen, TG
Type d'offre	Stationnaire
Désignation	Psychiatrie et psychothérapie de l'adolescent
Groupe d'âge	À partir de 17 ans env., jusqu'au milieu de la vingtaine
Nombre de places	11
Indication/Diagnostics	Comportements autodestructeurs, TCA, troubles dépressifs, troubles de la personnalité et troubles anxieux et obsessionnels compulsifs
Site Internet	https://www.stgag.ch

Spital Thurgau AG, Services psychiatriques Thurgovie	
Localité	Münsterlingen, TG
Type d'offre	Clinique de jour
Désignation	Psychiatrie et psychothérapie de l'adolescent
Groupe d'âge	À partir de 17 ans env., jusqu'au milieu de la vingtaine
Nombre de places	Peu de places
Indication/Diagnostics	Comportements autodestructeurs, TCA, troubles dépressifs, troubles de la personnalité et troubles anxieux et obsessionnels compulsifs
Site Internet	https://www.stgag.ch

3.3 Offres de psychiatrie de transition stationnaires et en cliniques de jour et offres pour jeunes adultes en Suisse romande

Belle-Idée, Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), Hôpital de psychiatrie	
Localité	Chêne-Bourg, GE
Type d'offre	Stationnaire
Désignation	Unité Alizé
Groupe d'âge	18–25 ans
Nombre de places	16
Indication/Diagnostics	Tous les diagnostics psychiatriques, à l'exception des troubles du spectre autistique
Site Internet	https://www.hug-ge.ch/hopital-psychiatrie

Belle-Idée, Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), Hôpital de psychiatrie	
Localité	Genève, GE
Type d'offre	Clinique de jour
Désignation	Unité JADE
Groupe d'âge	18–25 ans
Nombre de places	Variable
Indication/Diagnostics	Tous les diagnostics psychiatriques, à l'exception des troubles du spectre autistique
Site Internet	https://www.hug-ge.ch/hopital-psychiatrie

Centre de soins hospitaliers, Réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM)	
Localité	Marsens, FR
Type d'offre	Stationnaire
Désignation	Unité Hermès
Groupe d'âge	18–30 ans
Nombre de places	20
Indication/Diagnostics	Premières psychoses
Site Internet	https://www.rfsm.ch

Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)	
Localité	Lausanne, VD
Type d'offre	Stationnaire
Désignation	Unité Azur
Groupe d'âge	18–35 ans
Nombre de places	15
Indication/Diagnostics	Premières psychoses, stades précoces des maladies psychotiques
Informations complémentaires	L'offre stationnaire fait partie intégrante du programme <i>Traitement et intervention dans la phase précoce des troubles psychotiques</i> (TIPP). Le TIPP comporte également un case management ambulatoire et une offre mobile.
Site Internet	https://www.chuv.ch

Clinique La Métairie	
Localité	Nyon, VD
Type d'offre	Stationnaire
Désignation	Unité Le Léman
Groupe d'âge	18–25 ans
Nombre de places	14
Indication/Diagnostics	Tous les diagnostics psychiatriques
Site Internet	https://lametairie.ch

Fondation Institut Maïeutique	
Localité	Lausanne, VD
Type d'offre	Clinique de jour
Groupe d'âge	16–30 ans
Nombre de places	24
Indication/Diagnostics	L'accent est mis sur les premières psychoses et les stades précoces des maladies psychotiques, mais d'autres diagnostics sont aussi pris en charge, à l'exception des dépendances et de la consommation de substances. Des aspects relatifs à la dynamique de groupe sont pris en compte lors de l'admission de nouveaux patients.
Site Internet	http://www.maieutique.ch

3.4 Offres de soins psychiatriques stationnaires et en cliniques de jour dans le secteur de la transition et pour jeunes adultes au Tessin

Clinique psychiatrique cantonale (CPS)	
Localité	Mendrisio, TI
Type d'offre	Stationnaire
Désignation	Service spécialisé Adorna
Groupe d'âge	18–30 ans
Nombre de places	13
Indication/Diagnostics	Premières psychoses, stades précoces des maladies psychotiques
Site Internet	https://www4.ti.ch/dss/dsp/osc/chi-siamo/reparti-cpc-a-mendrisio/

3.5 Autres offres s'adressant aux adolescents et aux jeunes adultes

Outre les offres présentées dans les encadrés, il existe quelques unités dans des cliniques de la psychiatrie pour adultes qui, si elles admettent aussi explicitement des patients à partir de 16 ans, ne mettent *pas* l'accent sur le domaine de la transition ou le début de l'âge adulte. La plupart sont axées sur des troubles spécifiques, à savoir ceux qui surviennent fréquemment surtout au début de l'âge adulte. Par conséquent, elles traitent plutôt des patients au début de l'âge adulte, mais prennent en charge également des patients plus âgés. Toutes les offres présentées ci-après n'ont donc pas de limite d'âge supérieure.

À titre d'exemple, la Clinique de psychiatrie, de psychothérapie et de psychosomatique de la Clinique psychiatrique universitaire de Zurich (PUK) dispose d'une offre de traitement pour les patients qui présentent des signes d'une maladie psychotique ou se trouvent dans une phase précoce d'une telle pathologie. Par conséquent, les jeunes adultes sont nombreux à y recourir, mais pas exclusivement car il n'y a pas de limite d'âge supérieure.

La Clinique psychiatrique universitaire de Bâle (UPK) a créé avec son service de dépistage précoce BEATS (Basel Early Treatment Service) une offre intersectorielle dans le domaine de la psychiatrie ambulatoire de l'adolescent. La consultation ambulatoire de dépistage précoce peut être complétée par un séjour d'observation stationnaire ou semi-stationnaire dans une unité spécialisée dans le dépistage et le traitement précoces. Étant donné que ce service n'est pas axé sur le début de l'âge adulte, cette offre n'a pas été intégrée dans notre liste.

La Klinik Meissenberg AG à Zoug, une clinique spécialisée psychiatrique et psychothérapeutique pour femmes, est dotée d'un service Anxiété et régulation des émotions. Jusqu'à 60 % des patientes qui y sont traitées sont âgées de 18 à 30 ans. Des patientes de 17 ans sont parfois accueillies, mais uniquement après avoir été explicitement envoyées par le service de pédopsychiatrie et que l'autorité sanitaire compétente a accordé une garantie de prise en charge. Du fait de l'absence de mandat de prestations, ces patientes ne peuvent bénéficier que d'une brève intervention de crise qui n'inclut aucun des programmes thérapeutiques spécialisés. Il n'y a pas de limite d'âge supérieure.

Le Centre des troubles des conduites alimentaires de la Clinique de psychiatrie consultative et de psychosomatique de l'Hôpital universitaire de Zurich (USZ) propose une autre offre axée sur des troubles spécifiques. Il dispose de 12 places et s'adresse à des patients à partir de 17 ans qui présentent un trouble des conduites alimentaires (anorexia nervosa, bulimia nervosa et troubles alimentaires spécifiques). Aucune limite d'âge supérieure n'est fixée.

Enfin, la clinique de traitement de la dépendance (Klinik für Suchttherapie) accueille sur ses sites d'Egliswil (24 places), de Niederlenz (13 places) et de Neuenhof (10 places) des patients âgés de 16 à 64 ans qui présentent des diagnostics dans ce domaine ou des addictions liées à des substances. Cette offre n'est pas axée spécifiquement sur les adolescents et les jeunes adultes.

4 Offres psychiatriques prévues dans le domaine de la transition et pour les jeunes adultes (état : juin 2019)

Dans le cadre du présent inventaire, nous avons en outre collecté des informations sur les offres psychiatriques stationnaires et en cliniques de jour prévues dans la psychiatrie de transition et pour les jeunes adultes. Six offres ont été identifiées. Au moment du relevé, en juin 2019, aucune de ces offres n'était concrètement en phase de planification. Soit il manquait le soutien financier ou le mandat de prestations, soit il n'existait au moment de l'inventaire qu'une déclaration d'intention ou un groupe de travail. Les offres mentionnées sont répertoriées ici par région.

- **Suisse du Nord-Ouest** : Le département de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de Psychiatrie Bâle-Campagne indique prévoir une offre destinée aux patients âgés de 15 à 25 ans, qui devrait disposer de 15 lits. Les détails de ce projet ne sont pas encore précisés.
- **Espace Mittelland** : La clinique de traitement de la dépendance Südhang à Kirchlindach (BE) a prévu de créer en 2020 ou en 2021 deux à quatre places pour des patients âgés de 15 à 25 ans présentant une dépendance.
- **Suisse orientale** : Dans le cadre du regroupement entre la PEA des Grisons et les Services psychiatriques des Grisons (PDGR) le 1^{er} janvier 2019, une déclaration d'intention a été signée en vue de la mise en place d'une unité pour adolescents. Selon les renseignements fournis par l'institution, ce service pourrait se situer à Coire ou à Cazis. Elle indique cependant que la priorité, dans un premier temps, est de développer l'offre de lits en PEA. De plus, le renforcement de l'expertise dans la psychiatrie de l'adolescent devrait aussi entraîner un abaissement de l'âge dans les cliniques de jour de la psychiatrie de l'adulte dans la région. S'agissant de l'adaptation de l'âge d'admission appliqué par les cliniques de jour, l'institution est encore dans la phase d'avant-projet. La Clinique Sonnenhof à Ganterschwil a mentionné dans sa réponse dans le cadre du présent inventaire qu'il existe une lacune en matière de fourniture de soins dans la psychiatrie de l'adolescent. Un groupe de travail a été constitué en interne en vue de mettre en place une unité dédiée.
- **Suisse centrale** : Un élargissement des offres dans la région de Zoug, Uri et Schwytz dépendra de la planification de la liste des hôpitaux. Selon nos renseignements, la Klinik Meisenberg AG a prévu, si cet élargissement se confirmait, d'étendre la tranche d'âge appliquée dans une unité existante consacrée à l'anxiété et à la régulation des émotions pour femmes adultes (principalement jeunes) de manière à accueillir des adolescentes à partir de 16 ans. La Clinique Zugersee, qui appartient à Triaplus AG, ouvre début 2020 un service de 12 à 14 places pour jeunes adultes jusqu'à 25 ans. Cette offre s'adresse aux patients qui présentent des premières psychoses, des crises suicidaires et des troubles de la personnalité.
- **Zurich** : Le Centre de psychiatrie intégrée Winterthour (ipw) indique souhaiter développer ses offres en clinique de jour pour tous les diagnostics psychiatriques si le financement de l'ensemble de son offre de psychiatrie de l'adolescent de la PEA (14-17 ans) et de la PA (18-25 ans) à Winterthour est garanti.

5 Autres institutions importantes dans l'offre de soins en psychiatrie de transition. À titre d'exemple : les foyers socio-éducatifs dans le canton de Zurich

Les foyers sont des institutions de grande importance pour la prise en charge psychiatrique des adolescents et des jeunes adultes atteints de troubles psychiques. Cependant, dans le cadre de la problématique qui nous intéresse, seuls ceux proposant en interne un suivi psychothérapeutique ou psychiatrique ont été retenus.

La méthode de recherche employée par la ZHAW a permis d'identifier dans le canton de Zurich au total 147 foyers socio-éducatifs qui disposent d'offres complètes ou partielles ou de possibilités de placement pour des adolescents et des jeunes adultes (tab. 1). Douze de ces offres s'adressent à des personnes ayant un handicap physique. Sur les 135 offres restantes, 61 ne couvrent pas la transition de l'adolescence à l'âge adulte. Parmi les 74 dernières offres s'adressant à des jeunes âgés de 15 à 24 ans, cinq établissements proposent un accompagnement spirituel ou pédagogique spécialisé. Deux structures indiquent ne pas proposer de soutien psychologique au sens large supplémentaire. Sur les 67 établissements restants, 16 ne proposent pas eux-mêmes une prise en charge psychothérapeutique et 51 recourent à des offres externes de prise en charge psychothérapeutique.

Tableau 1 : Vue d'ensemble des structures d'hébergement pour adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiques dans le canton de Zurich

Nombre de structures d'hébergement trouvées (total)	Hors institutions pour handicap physique	Dont offres couvrant la transition vers l'âge adulte	Offres couvrant la transition vers l'âge adulte Suivi/traitement psychothérapeutique
147	135	74	En interne : 16
			En externe : 51
			Accompagnement spirituel/ pédagogique spécialisé : 5
			Aucune offre : 2

6 Exemples de cas

Les deux exemples de cas présentés ci-après visent à montrer les écueils d'une psychiatrie qui impose un changement net entre la PEA et la PA. Dans le même temps, ces deux cas mettent en évidence les avantages d'une psychiatrie de transition.

6.1 Troubles du spectre autistique : garder un œil sur l'évolution (Stephan Kupferschmid)

Rafael est le plus jeune des trois enfants d'une famille de la classe moyenne supérieure. La grossesse et la naissance se sont déroulées sans complications et Rafael a ensuite franchi les différentes étapes du développement de la petite enfance dans les normes. C'est seulement au moment du développement du langage qu'il est apparu que, s'il avait parlé tôt et de manière différenciée, il utilisait parfois la langue d'une façon particulière. Ainsi, les parents ont observé une inversion pronominale et une prosodie frappante (vocalisation). D'autres particularités sont rapidement apparues dans des groupes d'enfants. Rafael avait peu de contacts avec les autres enfants et s'occupait essentiellement tout seul. À l'âge de cinq ans, il a développé des intérêts particuliers impressionnants et s'est intensément intéressé aux chiffres et aux motifs répétitifs.

Les parents ont pu répondre aux particularités de leur fils et ont entretenu d'étroits contacts avec le jardin d'enfants et l'école. Les frères de Rafael ont aussi fait preuve d'une grande compréhension à l'égard de leur benjamin, lui servant parfois de « gardes du corps » ou de « médiateurs ». Une consultation spécialisée en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent a été réalisée à la demande des parents. Sur la base de l'observation des interactions au moyen de l'ADOS et d'un entretien parental (ADI-R), le diagnostic de syndrome d'Asperger (CIM-10 : F84.5) a pu être posé. Ce diagnostic n'a pas été une surprise pour la famille de Rafael, il a plutôt permis d'apporter un modèle d'explication plausible pour différents comportements présentés par l'enfant. À l'école également, le diagnostic et des contacts réguliers avec le pédopsychiatre traitant ont permis de répondre à ses particularités et les mesures de soutien ont contribué à sa réussite scolaire.

Cette prise en charge de la PEA s'est tout d'abord poursuivie après son 18^e anniversaire, sans que l'on sache encore à quels besoins en soins s'attendre pour les années suivantes ni si et quand il faudrait opérer un transfert vers la psychiatrie de l'adulte. Après avoir obtenu sa maturité, Rafael a choisi de suivre des études en sciences naturelles. Il lui a cependant fallu pour cela déménager dans une résidence pour étudiants dans une autre ville, ce qui impliquait d'avoir un degré important d'autonomie et de quitter son environnement social protecteur. Cette étape de développement a entraîné chez Rafael une crise dépressive accompagnée de pensées suicidaires, il lui a manqué un accompagnement psychiatrique dans un nouveau contexte. Finalement, c'est à l'âge de 20 ans qu'il a suivi pour la première fois un traitement stationnaire dans une clinique psychiatrique. Dans la situation de crise, les informations préalables sur son développement n'étaient pas disponibles et ses parents ont été peu impliqués dans le traitement. Pour le praticien, Rafael présentait alors les symptômes d'un trouble de la personnalité (CIM-10 : F60.8 Autres troubles spécifiques de la personnalité, passive-agressive).

Après un traitement aigu très pénible et déroutant pour lui et son entourage, Rafael a pu accepter l'offre d'un traitement électif. Ce n'est que dans ce cadre que son historique de développement et ses antécédents ont été pris en compte et que le diagnostic a été corrigé. Ce n'est qu'à ce moment qu'un nouvel entretien familial a été mené en vue d'accompagner l'étape de développement vers l'autonomie dans les études. La compréhension des particularités de Rafael à la lumière du syndrome d'Asperger et une psychoéducation adaptée à la phase de développement en cours ont été des facteurs décisifs pour qu'enfin une évolution positive soit à nouveau possible. Rafael a dû cependant reprendre à zéro et redoubler une année d'études. Si une routine de soins de psychiatrie de transition avait été prévue et anticipée, elle aurait vraisemblablement permis d'exercer une influence favorable sur les défis développementaux et thérapeutiques lors de la transition. Ainsi l'importante crise psychique et suicidaire accompagnée de l'intervention aiguë stationnaire coûteuse et le traitement qui a suivi auraient pu être évités.

6.2 De la crise d'adolescence au trouble psychique grave : un défi systémique typique lors de la transition (Andreas Andreae)

Mirjam, aujourd'hui âgée de 27 ans, a grandi dans des conditions simples mais paisibles à Zurich. Elle est l'aînée des deux filles d'un couple austro-suisse et ses deux parents travaillaient. Très tôt, elle a montré un tempérament farouche et agité ; à la maison, elle a été difficile à élever, avait du mal à s'habituer aux règles. À l'école enfantine et primaire, elle perturbait les cours et ses résultats scolaires étaient insuffisants. Les évaluations effectuées par le service de psychologie scolaire ont évoqué un TDHA, sans poser un tel diagnostic de manière définitive, et ont décelé par ailleurs un manque d'éducation et d'accompagnement à la maison.

Tandis que sa sœur, avec qui elle était en rivalité, a présenté peu de problèmes, Mirjam a commencé à l'entrée de la puberté, au début du secondaire I, à connaître davantage de phases plus ou moins longues d'apathie, de manque d'entrain, de renfermement et de repli. Entre ces phases, elle a continué à se faire remarquer et à poser des problèmes de par son comportement impétueux, à la maison comme à l'école et pendant les loisirs. Ce n'est qu'au sein d'un club d'athlétisme que ses particularités ont pu être canalisées et lui ont permis d'obtenir de bons résultats.

À l'âge de 15 ans, après avoir terminé précocement et laborieusement sa scolarité dans le niveau B (niveaux allant de A à C à Zurich, A étant le niveau le plus exigeant sur le plan cognitif), elle a connu un premier épisode dépressif léger prolongé. Il lui manquait également des perspectives en termes de formation ainsi que concernant certains autres objectifs de développement. Un premier traitement ambulatoire en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent s'est concentré sur les problèmes de dynamique familiale. Les parents ont pris part à la consultation à contre-cœur ; ils rejetaient manifestement leur fille et la blâmaient pour ses écarts de conduite délibérés durant toutes ces années. Mirjam a établi une relation de confiance avec la thérapeute et a trouvé un meilleur équilibre.

Toutefois, un séjour effectué en Suisse romande en tant que jeune fille au pair s'est vite révélé un échec. Alors âgée de 16 ans, elle s'est opposée d'une manière de plus en plus forte et agressive à toutes les tâches et contraintes et a commencé à fréquenter de jeunes délinquants et le milieu de la drogue, enchaînant sans interruption pendant des semaines activités, insomnies, consommation excessive d'alcool et un comportement sexuel à risque. Finalement, elle a souhaité rentrer à la maison et solliciter une aide personnelle auprès de la thérapeute. Les parents s'y sont opposés et face à un état de crise dramatique aiguë, une première hospitalisation en psychiatrie de l'adulte est finalement intervenue. Elle s'y est rapidement apaisée et a réintégré son domicile avec un diagnostic de crise d'adaptation à l'adolescence, sans concertation avec la pédopsychiatre. Les parents ont accepté, car Mirjam semblait, dans l'intervalle, être devenue calme, obéissante et disposée à s'adapter. Les parents évitant tout contact thérapeutique, ils n'ont pas remarqué pendant six mois que leur fille présentait une nouvelle dépression.

À l'âge de 17 ans, Mirjam a brusquement quitté la maison, se retrouvant d'une manière toujours plus précaire dans la rue, et a connu un premier épisode maniaque fort qui n'a été diagnostiqué que rétrospectivement. Les interventions policières et psychiatriques d'urgence répétées ont été vaines. La thérapeute en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent a été contrainte, après que Mirjam a fait irruption dans son cabinet, de l'adresser à un centre de crise en psychiatrie de l'adulte en l'absence de possibilité de médiation. Les spécialistes impliqués ne connaissaient pas, pour la plupart, les éléments des traitements et les évaluations des problèmes réalisés jusqu'alors. Plus tard, durant une brève hospitalisation aiguë en psychiatrie de l'adulte, aucune prise de contact ou discussion de cas avec l'ancienne thérapeute n'a été envisagée et aucun signalement de personne en danger n'a été fait car Mirjam avait déjà une nouvelle fois sombré dans une dépression, semblait calmée et pouvait de nouveau être hébergée à la maison. Les questions liées au développement et un traitement n'ont, une fois encore, pas été abordées.

Âgée de 18 ans, Mirjam a dû alors, durant un deuxième épisode maniaque, beaucoup plus violent et ponctué d'interruptions, passer toute une année dans une clinique psychiatrique pour adultes, la plupart du temps dans des unités de soins aigus. Si elle était désormais adulte, elle avait la maturité d'une adolescente de 15 ans. La psychiatrie de l'adulte s'est concentrée sur le sévère trouble bipolaire et a mis en place principalement un traitement psychopharmacologique et des

mesures de suivi socio-psychiatrique en ambulatoire. Les besoins en développement de l'adolescence et les questions liées au détachement dans une dynamique et un historique familiaux complexes n'ont guère été pris en compte durant les deux années de traitement ambulatoire et stationnaire en psychiatrie de l'adulte qui ont suivi. Ce n'est qu'après des mois de traitement aigu que les expériences et les évaluations de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ont été intégrées.

Des mesures de l'AI étaient déjà engagées lorsque dans un foyer socio-thérapeutique, par des voies socio-pédagogiques, des questions importantes en lien avec un travail sur le parcours et l'historique familial ainsi qu'avec l'identité et la formation ont été abordées, en collaboration avec des médecins spécialisés formés en psychiatrie de l'adolescence. Il a fallu travailler sur les conflits profonds avec les parents liés à sa condition d'enfant adultérin rejeté. Jusqu'à ses 22 ans s'est ensuivie une stabilisation notable et un développement de la personnalité accompagnés d'un accès à la maturité. Jusqu'à ses 24 ans, elle a suivi en tant qu'externe dans un foyer de formation professionnelle socio-pédagogique une formation en économie familiale. Entre-temps, elle s'est mariée et a eu un premier enfant. Elle n'a plus besoin d'une psychopharmacothérapie.

Finalement, l'évolution a ainsi pu prendre un tour favorable dans le cas de Mirjam. Dans de nombreux cas comparables, à un stade aussi avancé, il n'est plus possible d'obtenir une réadaptation et une insertion suffisantes, et la chronicisation et l'invalidité vont croissantes. Mais même dans le cas positif de Mirjam, il convient, avec le recul, de supposer que la réussite du traitement et un développement personnel et sociable durables auraient pu intervenir des années plus tôt avec une prise en charge intégrant les aspects de la psychiatrie de l'adolescence et de la transition ainsi qu'une collaboration et une mise en réseau interdisciplinaires ancrées dans le système de soins.

7 Considérations relatives à la politique de la santé

Sur la base de l'offre stationnaire identifiée en Suisse, les deux panels d'experts ont échangé sur les déficits structurels et en termes de politique de l'offre des soins concernant les besoins constatés et les modèles étrangers comparés. Ils ont en outre évoqué les défis spécifiques, les changements souhaitables et les mesures envisageables, y compris les premières étapes pour leur mise en œuvre, en vue d'optimiser la prise en charge dans le domaine de la psychiatrie de transition et de l'adolescent. Il est clairement apparu, lors des discussions, que le paradigme de la psychiatrie de transition en Suisse est encore peu établi d'un point de vue conceptuel et pratique même chez les spécialistes qui y sont confrontés en clinique et en ambulatoire. Un panel d'experts s'est réuni en Suisse alémanique, l'autre en Suisse romande.

7.1 La problématique de la prise en charge lors de la transition de la PEA à la PA

Les experts réunis se sont accordés à dire que le passage à la majorité au 18^e anniversaire allait de pair, pour les patients psychiatriques, avec un brusque changement du cadre légal et institutionnel du traitement et constituait un enjeu majeur de la prise en charge psychiatrique, notamment dans la psychiatrie stationnaire. Le transfert des compétences de la PEA à la PA conduit fréquemment à des interruptions critiques dans le traitement lors de la transition vers l'âge adulte, une transition qui marque pour tous les jeunes une grande étape de développement et ne se passe pas toujours aisément, même chez les adolescents en bonne santé. Les ruptures les plus problématiques en l'espèce sont les changements de thérapeute qui interviennent au moment du renvoi de la PEA vers la PA. Dans beaucoup de cas, les modifications ayant trait au cadre juridique civil, par exemple la nouvelle réglementation de la curatelle ou de la tutelle ou la compétence de certaines institutions sociales, entraînent un changement de personnes de référence importantes pour les patients.

La prise en charge psychiatrique des adolescents et des jeunes adultes revêt par ailleurs une importance majeure pour la société eu égard au nombre élevé de rentes AI accordées à de jeunes

adultes en raison de pathologies psychiques. Les experts de Suisse alémanique ont signalé que le recours aux services psychiatriques est généralement faible chez les adolescents et les jeunes adultes, un phénomène encore plus marqué chez les adolescents et les jeunes hommes que chez les adolescentes et les jeunes femmes. Par conséquent, un défi particulier consiste également à créer des offres de psychiatrie de transition qui seraient intéressantes pour cette tranche d'âge, c'est-à-dire qui correspondraient aux particularités et aux attentes typiques des jeunes et proposeraient des espaces sociaux appropriés dans l'environnement thérapeutique.

Le passage au système de prise en charge de la PA s'accompagne de plus généralement d'un nouvel axe de traitement. La PEA et la PA, qui se chevauchent au moment de la transition, se caractérisent en tant que spécialités distinctes par des identités, des traditions en matière de regard sur les cas, des diagnostics et traitements, des champs d'action dans la prise en charge et des compétences techniques différents. La PEA intègre davantage les aspects développementaux et systémiques dans le traitement, tandis que la PA dispose plutôt de données plus complètes sur les approches thérapeutiques spécifiques aux troubles, sur certaines pathologies telles que les troubles psychotiques et les dépendances ou encore l'évolution vers la chronicité des troubles psychiques. Or le traitement d'adolescents et de jeunes adultes dans le domaine de la transition nécessite souvent les deux types de compétences et une action conjuguée des spécialités. La mise en place d'offres de psychiatrie de transition peut ainsi donner lieu à des conflits d'intérêt : dans le cadre de quelle spécialité un projet est-il développé ? Les institutions compétentes relèvent-elles de la PEA ou de la PA ?

7.2 Définition de la psychiatrie de transition

Les participants aux panels d'experts se sont accordés pour dire qu'il n'existe pas non plus au niveau international de définition claire de ce qui constitue une offre de psychiatrie de transition stationnaire ou en cliniques de jour selon « the best practice ». Il y avait un consensus quant à ce qu'une telle offre devrait proposer : primo, des compétences techniques intégrées spécifiques des deux disciplines (PEA et PA), secundo un concept axé sur le développement (personnalité, socialisation, formation), tertio une approche interdisciplinaire (PEA, PA, psychologie du développement, socio-pédagogie) et quarto une collaboration systématique avec les offres ambulatoires de psychiatrie de transition et socio-pédagogiques (prise en charge intégrée). De plus, il conviendrait d'accorder une place suffisante aux efforts en matière de prévention secondaire en vue d'éviter l'évolution vers la chronicité et l'invalidation des troubles et maladies psychiques qui émergent à l'adolescence. Les mesures de détection et d'intervention précoces jouent ici aussi un rôle de premier plan.

Lors des deux réunions d'experts, les participants ont souligné qu'un autre enjeu spécifique dans la psychiatrie de l'adolescent et de transition consiste à accompagner l'accomplissement de tâches de développement essentielles de l'adolescence telles que la construction de l'identité, le détachement, l'apprentissage de l'indépendance, la formation, l'entrée dans la vie active, l'intégration sociale et la formation d'un couple et d'une famille. À cet égard, la mise en réseau systématique avec d'autres institutions concernées (p. ex. écoles, offres transitoires, établissements de formation, services d'orientation professionnelle, services d'aide à la jeunesse, foyers, APEA, programmes d'insertion, AI, etc.) est donc primordiale et déterminante dans une psychiatrie de transition. Pour tous ces aspects, les adolescents et les jeunes adultes atteints de troubles psychiques sévères peuvent s'appuyer sur beaucoup moins de compétences et de stratégies d'adaptation que les jeunes psychiquement stables. Il est aussi fréquent qu'ils présentent un important retard de maturité et nécessitent davantage de temps. De plus, ils ont généralement eu des expériences négatives en la matière, présentent d'importants déficits d'éducation et de formation et, souvent, ne bénéficient pas d'un environnement social stable propre à les soutenir. La possibilité de prévoir une scolarisation et une orientation professionnelle supplémentaires intégrées au traitement dans le cadre d'un séjour stationnaire ou en clinique de jour est donc tout à fait pertinente. Un accompagnement des patients sur le long terme est par ailleurs souvent nécessaire ; celui-ci devrait être assuré en continu au-delà du 18^e anniversaire pour permettre de garder un œil sur l'accomplissement de ces tâches de développement. Selon les experts participants, une psychiatrie de transition optimale doit intégrer l'ensemble de ces aspects pour garantir la qualité de ses structures et de ses procédures.

7.3 Situation en matière de prise en charge stationnaire et en cliniques de jour en Suisse dans le domaine de la psychiatrie de transition

Le screening de la ZHAW a identifié en Suisse, dans une première étape, six offres stationnaires de psychiatrie de transition, huit offres stationnaires pour jeunes adultes, quatre offres de psychiatrie de transition en cliniques de jour et une offre en clinique de jour pour jeunes adultes. Les participants aux panels d'experts ont discuté du fait que la Suisse dispose dans l'ensemble d'un très petit nombre de places stationnaires et en cliniques de jour mettant l'accent sur la psychiatrie de transition. De plus, ces offres ne sont pas mises en place de manière systématique et concertée ; en d'autres termes, il n'y a pas de base d'approvisionnement en soins ou de stratégie de développement de l'offre coordonnées à l'échelle du canton ou du pays. L'absence générale d'offres stationnaires de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et de psychiatrie de transition au Tessin a été particulièrement soulignée. L'expert tessinois a lui aussi insisté sur la nécessité d'établir tout d'abord dans ce canton une offre stationnaire pour les enfants et les adolescents. Il est prévu de mettre en place une offre stationnaire et un traitement à domicile (*Home Treatment*) complémentaire d'ici trois à quatre ans. Au Tessin, pour l'heure, les jeunes à partir de 16 ans sont traités en psychiatrie de l'adulte et les enfants de moins de 16 ans en pédiatrie. Seuls les jeunes de plus de 16 ans présentant une première psychose peuvent être admis dans une unité axée sur les jeunes adultes confrontés à ce type de trouble.

Au sein des deux panels d'experts, les participants ont évoqué la nécessité d'intégrer l'évaluation de la situation en matière de prise en charge stationnaire dans les domaines de l'adolescence et de la transition dans le contexte général de la prise en charge psychiatrique en Suisse. Il a été souligné que la pression économique exercée sur les institutions psychiatriques s'est globalement accrue ces dernières années. Le manque de spécialistes, en particulier dans la PEA, constitue en outre un défi de taille. Il en résulte par exemple que, dans certaines régions, des cas ambulatoires de la PEA doivent être régulièrement pris en charge par des médecins de la PA. De plus, certaines régions manquent de lits dans le domaine de la PEA. Dans le même temps, le manque de spécialistes a conduit dans certains cas – face à l'urgence – à un renforcement de la mise en réseau des institutions stationnaires de la PEA et de la PA, par exemple avec une organisation conjointe des services d'urgence et de week-end. Des approches d'une psychiatrie de transition ont ainsi émergé, même si ce n'était pas le but premier en termes de stratégie de prise en charge.

Dans de nombreux cas, le rapprochement entre la PEA et la PA a aussi été une conséquence du regroupement d'institutions des deux disciplines pour des raisons économiques. Cependant, il est encore rare que l'on profite de ces circonstances pour développer des concepts et des offres stationnaires – ou en cliniques de jour – de psychiatrie de transition. Cependant, de tels regroupements favorisent la multiplication des échanges entre les spécialités réunies « sous un même toit » et sont susceptibles de créer de meilleures conditions pour développer une qualité thérapeutique allant véritablement dans le sens de la psychiatrie de transition. Un problème se pose cependant : la PA et la PEA, en particulier, s'inquiètent pour leurs tâches et domaines de compétences habituels, en conséquence de quoi elles se différencient nettement lors des luttes autour des répartitions budgétaires au sein des établissements et il n'est pas rare qu'elles manifestent une forte opposition aux projets lorsque des concepts et services nouveaux menacent de leur retirer de l'autorité et de l'influence.

7.4 Processus de soins intégrés en psychiatrie de transition

Les participants aux panels d'experts ont été largement d'accord sur le fait que les parcours de soins de psychiatrie de transition dans le domaine ambulatoire en Suisse doivent être simplifiés par rapport à la prise en charge stationnaire. Cela s'y prête particulièrement bien dans la routine de soins actuelle. Une telle approche couvre aussi bien les offres des praticiens indépendants que celles des services ambulatoires dans les institutions. La mise en réseau au sein du dispositif ambulatoire interdisciplinaire de psychiatrie de transition est souvent bonne, axée sur la recherche de solutions et coopérative (formation, aide à la jeunesse, AI, etc.).

La coordination entre les processus thérapeutiques de psychiatrie de transition ambulatoires et stationnaires revêt une importance majeure pour les patients dans la tranche d'âge de l'adolescence. En l'espèce, il convient de veiller à ce qu'il existe suffisamment d'offres stationnaires spécifiques adaptées aux réseaux et chaînes de processus ambulatoires dans le sens d'une prise en charge intégrée. Un développement de l'offre stationnaire spécifique doit être abordé d'emblée dans une conception globale du système. D'autre part, le développement de l'offre clinique doit lui aussi être dès le début orienté vers une mise en réseau avec les institutions extra-hospitalières pertinentes, comme les foyers d'hébergement et de formation visant une intégration dans le monde du travail.

Entrent toutefois en ligne de compte dans les interactions entre les différents prestataires des motivations d'ordre économique qui sont dysfonctionnelles, notamment du point de vue de la politique de la santé. Ainsi, l'objectif consistant à réduire les coûts institutionnels ne conduit pas toujours à une prise en charge adéquate de certains groupes de patients, ce qui peut entraîner des coûts sociaux plus importants. Dans ce contexte, la prise en charge de ce que l'on appelle les « heavy users », à savoir les patients qui recourent à de nombreuses prestations (souvent non coordonnées) et sont fréquemment hospitalisés, représente un défi particulier.

Selon les experts, la différence entre les tarifs décomptés pour le traitement psychiatrique d'enfants et d'adolescents et ceux des adultes influence les pratiques thérapeutiques dans le domaine spécifique de la transition. En effet, les unités de traitement stationnaires plus coûteuses pour les jeunes, c'est-à-dire pour les patients de moins de 18 ans, ont des tarifs plus élevés. Il n'existe cependant pas de tarif majoré correspondant pour le traitement de jeunes adultes, bien qu'il soit également plus coûteux. Il en résulte que les services de PEA ne conçoivent pas d'unités mixtes couvrant la transition parce qu'ils ne peuvent pas y appliquer aux patients adolescents de plus de 18 ans le même tarif qu'aux mineurs. De même, la PA est réticente à mettre en place des services aussi coûteux pour les jeunes adultes, car de telles structures fonctionneraient à perte faute d'une couverture appropriée du tarif. Une séparation de la PEA et de la PA est donc définie pour des questions d'âge et de tarifs.

Il a par ailleurs été noté que, dans l'accompagnement d'adolescents et de jeunes adultes, il existe au niveau politique supérieur un chevauchement des domaines d'intervention de différentes institutions cantonales et nationales (p. ex. dans le canton de Zurich, Direction de la santé et de l'éducation [aide à la jeunesse, foyers, etc.], Direction de la justice et de l'intérieur, autorité chargée de la justice pénale pour les adolescents et les jeunes adultes, Direction de la sécurité avec les offices des affaires sociales et de l'immigration). La coordination politique des différents domaines de compétences pose souvent de sérieuses difficultés, par exemple lorsqu'il s'agit de la planification et du financement d'offres spécifiques pour les adolescents et les jeunes adultes.

7.5 Prise en charge ambulatoire dans le domaine de la transition

Les participants aux panels d'experts ont mis en avant un élément favorable du cadre de la prise en charge psychiatrique des adolescents et des jeunes adultes : dans les cabinets ambulatoires des médecins spécialistes et psychothérapeutiques en Suisse, les psychiatres et psychothérapeutes pour enfants et adolescents peuvent aujourd'hui encore traiter sans trop de difficultés des patients âgés de plus de 18 ans, et les psychiatres pour adultes, des patients mineurs. Cette manière de procéder contraste nettement avec les délimitations strictes entre les disciplines dans les domaines stationnaire et intermédiaire. En Allemagne, par exemple, cette délimitation est aussi rigoureuse dans le domaine ambulatoire : les traitements de patients relevant du domaine de compétences et de la spécialité de l'autre tranche d'âge ne sont plus remboursés. Un expert a fait remarquer qu'à son avis, le traitement stationnaire des mineurs dans la PA – là où il est encore nécessaire en Suisse en raison du manque d'offres appropriées en psychiatrie juvénile – s'est amélioré au cours des dernières décennies : un certain transfert de connaissances s'est opéré entre la PEA et la PA, qui s'avère utile dans de tels cas. Un autre expert a souligné le fait qu'en comparaison internationale, la Suisse présente une forte densité aussi bien de psychiatres pour enfants et adolescents que de psychiatres pour adultes. Il a également été relevé que l'AI propose déjà, pour les jeunes atteints de troubles psychiques, un certain accompagnement en ce qui concerne l'intégration dans la formation et la vie professionnelle (sous la forme de la mise à disposition d'un coach).

7.6 Clinique de jour versus « case manager » dans le domaine de la transition

Les experts de Suisse romande ont discuté des avantages et des inconvénients ainsi que des considérations relatives à la politique de la santé s'agissant des offres en cliniques de jour dans la PEA, la PA et le domaine de la transition. En ce qui concerne la psychiatrie de transition, les avis étaient partagés concernant ses avantages (p. ex., scolarité intégrée) et ses inconvénients (utilité spécifique incertaine), l'indication (pour quel niveau de gravité pathologique est-elle judicieuse), la praticabilité (les longs trajets sont difficiles pour les enfants) et l'efficacité des traitements réalisés en clinique de jour. Les experts de Suisse romande se sont accordés à dire qu'il est nécessaire, concernant ces questions, d'examiner la littérature internationale sur les traitements en cliniques de jour dans le domaine de la transition.

En revanche, ils ont unanimement souligné les importants bénéfices apportés par l'offre de soins avant-gardiste proposée en Suisse romande, avec des équipes mobiles qui interviennent sur le terrain aussi en psychiatrie de transition. Ces services mettent généralement davantage l'accent sur la réintégration rapide des patients dans leur environnement habituel ainsi que dans leur formation et leur vie professionnelle. Les « case managers » intervenant dans ce cadre suivent les cas sur la durée et accompagnent aussi les épisodes thérapeutiques stationnaires. Dans la pratique, les offres de soins mobiles en Suisse romande font, pour la période de la transition, moins de distinction entre patients mineurs et adultes, ce qui favorise la continuité de la prise en charge de ces patients. La mise en place et le renforcement d'offres de ce type constitue une opportunité et certainement une avancée considérable en vue d'optimiser la prise en charge dans le domaine de la transition.

7.7 Dépendances et troubles de la personnalité

Les experts de Suisse alémanique se sont penchés sur la problématique spécifique de la prise en charge des dépendances et des troubles de la personnalité chez les adolescents et les jeunes adultes. Les deux catégories représentent une grande partie des problèmes psychiatriques dans cette population. À cet égard, les experts ont souligné la pertinence des offres de soins axées sur des troubles spécifiques, lesquelles sont en règle générale ancrées dans la PA. Les dépendances constituent un domaine qui a tendance à être négligé dans la PEA. À noter qu'il existe en Suisse une offre ambulatoire relativement diversifiée pour le traitement des dépendances, avec par exemple des services proposés par des associations spécialisées. Dans l'ensemble, ceux-ci sont toutefois fragmentés et ne travaillent pas suffisamment en réseau avec les institutions psychiatriques.

7.8 Élargissement du domaine de compétences de la PEA

Enfin, les experts ont échangé sur un possible élargissement de la PEA au début de l'âge adulte, au sens d'une psychiatrie complète de l'enfant et de l'adolescent, une proposition relevant de la politique de la santé parfois discutée à l'étranger. Il est ainsi concevable d'appliquer à la PEA, en faveur de la psychiatrie de transition, une limite d'âge supérieure élastique à 21 ou 25 ans dans la planification des soins et le développement de l'offre. Le remboursement des tarifs de la PEA jusqu'à 21 ou 25 ans pourrait aussi contribuer à optimiser le traitement des patients de cette tranche d'âge. Cette solution a toutefois prêté à controverse au sein des panels d'experts, car elle ne ferait probablement que déplacer les nombreux problèmes d'interfaces.

8 Propositions pour améliorer la prise en charge dans la psychiatrie de transition et premières étapes de mise en œuvre

Lors des réunions d'experts, plusieurs changements souhaitables dans la prise en charge psychiatrique des adolescents et des jeunes adultes ont été indiqués. Cette section présente une synthèse des pistes formulées.

- **Améliorer la constance du traitement et du suivi** : il faudrait renforcer les capacités en vue de proposer un accompagnement psychiatrique et psychothérapeutique pour les adolescents et les jeunes adultes dans un parcours thérapeutique de psychiatrie de transition afin, malgré le changement du cadre légal et institutionnel à partir du 18^e anniversaire, d'éviter les interruptions de traitement qui surviennent fréquemment. Une planification en temps opportun du meilleur cadre thérapeutique possible dans le processus de transition, avec la désignation impérative d'un spécialiste chargé de la gestion continue du cas sur le long terme et disposant d'un bon réseau, issu soit de la PEA soit de la PA, devrait devenir une norme de qualité obligatoire pour la psychiatrie de transition, surtout pour les cas critiques et lourds.
- **Promouvoir le traitement mobile** : les offres thérapeutiques mobiles, en particulier sous la forme d'une gestion de cas clinique qui accompagne en continu et durablement la phase de transition et couvre les interfaces entre la PEA et la PA, avec des fonctions de liaison, d'assistance et de coordination, peuvent se révéler particulièrement utiles pour optimiser la constance des soins et du suivi psychiatriques dans le domaine de la transition, y compris durant les phases d'interventions stationnaires séquentielles au moment du transfert de compétences entre les deux disciplines.
- **Comprendre la psychiatrie de transition en tant que programme thérapeutique d'insertion sociale et professionnelle** : l'arrivée d'un adolescent ou d'un jeune adulte dans la société devrait être un objectif central et une compétence spécifique dans l'accompagnement des jeunes patients psychiatriques lors de la phase de transition. Certains groupes à risque, comme les patients présentant un déficit de socialisation critique ou issus de la migration, ont besoin d'un accompagnement particulièrement intensif à cet égard.
- **Renforcer la prise en charge intégrée entre les acteurs impliqués** : la prise en charge intégrée joue justement un rôle crucial dans la psychiatrie de transition. Celle-ci doit intervenir à plusieurs niveaux. D'une part, il est souhaitable d'instaurer une collaboration plus étroite entre les institutions ambulatoires et stationnaires. Ici également, il est important d'impliquer les médecins de premier recours, à savoir le pédiatre ou le médecin de famille. D'autre part, pour mettre en place une prise en charge intégrée globale, il est souhaitable de renforcer la coordination entre les différentes institutions cantonales (p. ex., institutions de formation, AI, APEA, aide à la jeunesse, Direction de la santé) et nationales (p. ex., OFSP, OFAS, Secrétariat d'État à la formation) pertinentes concernant l'accompagnement des adolescents et des jeunes adultes.
- **Rendre possible le traitement interdisciplinaire** : le traitement en psychiatrie de transition des adolescents et des jeunes adultes à cette période charnière nécessite des connaissances et des interactions interdisciplinaires intégratives. Pour ce faire, il est nécessaire de disposer d'un réseau interdisciplinaire non seulement entre la PA et la PEA, mais aussi avec d'autres disciplines telles que la psychologie du développement ou la socio-pédagogie.
- **Améliorer le remboursement des prestations spécifiques** : des tarifs adaptés peuvent favoriser la mise en place d'offres spécifiques de psychiatrie de transition, un traitement optimisé des jeunes patients dans la PA et les arcs et échanges thérapeutiques transitoires entre la PA et la PEA. Cette démarche vaut pour le domaine stationnaire, mais aussi pour les offres thérapeutiques mobiles ou les autres offres ambulatoires. On pourrait ainsi s'attendre à une diminution des coûteuses ruptures thérapeutiques typiquement constatées à l'heure actuelle en raison d'une prise en charge inadaptée.

En tant que premières étapes de mise en œuvre envisageable qu'il serait possible d'entreprendre pour optimiser la prise en charge dans le domaine de la psychiatrie de l'adolescent et de transition, les experts ont évoqué les éléments suivants :

- **Document de position ou d'orientation sur la psychiatrie de transition** : il convient d'élaborer un document de position ou d'orientation sur le thème de l'optimisation de la prise en charge dans le domaine de la psychiatrie de l'adolescent et de transition.
- **Certificat de capacité en « psychiatrie de transition/de l'adolescent »** : les associations de spécialistes de la PEA et de la PA pourraient lancer conjointement une formation post-graduée certifiée permettant d'obtenir une attestation de formation complémentaire en psychiatrie de transition. Un titre de formation approfondie pourrait éventuellement être développé par l'intermédiaire de la FMH, lequel serait accessible aux deux disciplines (comme pour les démarches actuelles de la Société suisse de nutrition clinique visant à créer un tel titre pour la médecine et la chirurgie).
- **Société de psychiatrie de l'adolescent et de transition** : une association de spécialistes spécifique pourrait être créée. Reposant sur une large base, allant éventuellement au-delà des disciplines psychiatriques, elle s'occuperait de la définition technique et politique, de la diffusion, de la mise en œuvre et de l'assurance qualité pour cette thématique de soins. Il serait aussi possible de définir dans ce cadre des domaines d'action spécifiques (p. ex., psychoses, troubles de la personnalité, TDHA, autisme, troubles des conduites alimentaires, dépendances typiques à l'adolescence, etc.). Une autre solution consisterait à mettre en place un sous-groupe sur le thème de la psychiatrie de transition au sein d'une société interdisciplinaire existante (p. ex, la Société suisse de psychiatrie sociale).
- **Projet pilote de service de coordination en psychiatrie de transition avec gestion de cas** : pour améliorer la constance du traitement et du suivi, on pourrait créer un service spécifique (avec des personnes de référence dans le sens d'un gestionnaire de cas clinique) qui serait responsable de l'accompagnement des cas de psychiatrie de transition, de l'identification des cas critiques et graves, des planifications coordonnées et de la mise en relation des différents praticiens impliqués. Un tel service pourrait par exemple être mis en place par les cliniques psychiatriques. Une étude d'accompagnement devrait évaluer ce service de coordination en psychiatrie de transition.
- **Normes de qualité applicables aux offres axées sur la psychiatrie de transition** : compte tenu des conceptions très différentes de la psychiatrie de transition, il faudrait élaborer des normes de qualité contraignantes s'appuyant sur les lignes directrices internationales pour les offres axées sur la psychiatrie de transition (p. ex., présence de compétences spécialisées interdisciplinaires, offre adaptée à la tranche d'âge, etc.). Ces normes contribuent à un développement uniforme des soins et des offres, et servent de base pour le remboursement de tarifs spéciaux.
- **Incitations financières visant à favoriser les échanges interdisciplinaires et l'intégration en psychiatrie de transition des compétences spécialisées entre la PA et la PEA** : pour favoriser les échanges interdisciplinaires et l'intégration en psychiatrie de transition des compétences spécialisées entre la PA et la PEA, une première mesure devrait consister à définir des incitations financières spécifiques, par exemple sous la forme d'un remboursement spécifique de consultations mutuelles de psychiatrie de transition par la PEA ou la PA dans les unités de l'autre discipline.
- **Domaine de prestations intégré « Psychiatrie de l'adolescent » dans les cliniques** : les cliniques psychiatriques qui gèrent sous un même toit aussi bien la PA que la PEA pourraient, pour les patients à la croisée de l'adolescence et de l'âge adulte, placer sous une même direction, une plage de fonctionnement autonome, c'est-à-dire des unités pour les adolescents et des unités pour jeunes adultes ainsi que les cliniques de jour, centres de soins ambulatoires et services de liaison s'y rapportant. Cette direction devrait orchestrer les interactions des offres et des spécialistes sur l'ensemble des interventions et des processus de psychiatrie de transition et les développer en continu.
- **Interlocuteurs politiques** : au niveau cantonal, il serait important d'identifier les interlocuteurs appropriés auprès desquels faire valoir la nécessité d'optimiser la prise en charge dans la psychiatrie de l'adolescent et de transition (à titre d'exemple, dans le canton de Zurich : la Commission de l'éducation et de la culture, KBIK).

9 Conclusions

Il apparaît que la Suisse ne compte qu'un petit nombre d'offres stationnaires et en cliniques de jour qui mettent l'accent sur la psychiatrie de transition. On constate cependant que ces dernières années, davantage d'offres se sont adressées spécifiquement aux jeunes adultes et à leurs conditions particulières durant l'adolescence. Nous avons identifié, dans un premier temps, au total six offres stationnaires de psychiatrie de transition proposant en tout quelque 80 places, exclusivement en Suisse alémanique. Quelques-unes sont spécialisées, exclusivement dans certains troubles, dont les psychoses, elles couvrent généralement différents diagnostics transversaux. Dans un deuxième temps, nous avons dénombré huit offres stationnaires pour jeunes adultes, avec environ 60 places en Suisse alémanique et en Suisse romande, et 13 places au Tessin. Toutes couvrent différents troubles, à l'exclusion, pour la plupart, des troubles psychotiques et des troubles d'addiction. En troisième lieu, enfin, nous avons relevé quatre offres de psychiatrie de transition en cliniques de jour (environ 60 places, en Suisse alémanique et en Suisse romande) et une offre en clinique de jour pour jeunes adultes en Suisse romande (avec un nombre de places variable). Des informations détaillées sur ces offres, telles que les indications, les tranches d'âge prises en charge et les sites Internet, sont fournies dans le présent rapport. Il convient de noter que les offres ambulatoires jouent aussi un rôle important dans la prise en charge psychiatrique des adolescents et des jeunes adultes – elles n'étaient toutefois pas l'objet de ce rapport.

De plus, ce document souligne, en prenant pour exemple le canton de Zurich, qu'un nombre significatif de places stationnaires dans des foyers socio-pédagogiques et socio-thérapeutiques s'adressent aux adolescents et aux jeunes adultes souffrant de troubles psychiques et soutiennent l'accès aux soins en psychiatrie de transition. L'inventaire de la ZHAW a identifié 74 offres s'adressant aux jeunes à la croisée de l'adolescence et de l'âge adulte. Cependant, la plupart de ces offres disposent, pour les jeunes vivant en institution qui présentent des problèmes psychiques, uniquement d'une prise en charge psychologique externe, ce qui limite la capacité à traiter des cas psychiatriques. Seul un petit nombre d'institutions proposent en interne un traitement et un suivi psychothérapeutique ou psychiatrique plus intensif. De tels foyers socio-éducatifs tiennent un rôle essentiel dans une prise en charge psychothérapeutique-psychiatrique adaptée à l'adolescence et à la transition pour les adolescents et les jeunes adultes.

Concernant les défis spécifiques qui se posent en matière de psychiatrie de transition, les aspects suivants ont été particulièrement mis en exergue lors des discussions qui ont eu lieu à l'occasion des réunions d'experts de Suisse alémanique et de Suisse romande ainsi que d'un entretien avec un représentant de la psychiatrie tessinoise :

- Le changement de cadre institutionnel, tarifaire et légal concernant la prise en charge et le traitement psychiatriques qui accompagne le passage à la majorité est radical, en particulier en cas d'évolutions sévères de troubles psychiatriques. Dans la pratique actuelle des soins en Suisse, il comporte un risque de discontinuité du traitement avec pour conséquences une aggravation des troubles, un échec d'insertion, une chronicisation précoce, une invalidité précoce ainsi qu'une augmentation des coûts par cas et donc des coûts pour la société.
- Durant la phase de transition, un traitement optimal des adolescents et des jeunes adultes dans un cadre clinico-institutionnel nécessite les compétences spécifiques de la PEA et de la PA, sous une forme combinée ou de manière complémentaire.
- Dans le cadre de la psychiatrie de transition, le traitement d'adolescents et de jeunes adultes requiert des compétences interdisciplinaires au-delà de la psychiatrie, relevant par exemple de la socio-pédagogie ou de la psychologie clinique du développement, ainsi qu'une mise en réseau systématique et une prise en charge intégrée incluant des services d'insertion sociale et professionnelle spécifiques selon l'âge des patients (hébergement, éducation et formation, insertion professionnelle, AI).

- Un concept de soins en psychiatrie de transition doit tenir compte du problème supplémentaire posé par le fait que les adolescents et les jeunes adultes ont tendance à peu recourir aux offres psychiatriques habituelles et qu'il est préférable, pour les atteindre, d'aménager les cadres et les environnements ambulatoires et stationnaires interdisciplinaires d'une manière adaptée aux groupes de population.
- Le processus thérapeutique, qui s'étend souvent sur plusieurs années en cas d'évolution sévère de troubles durant la phase de transition, ainsi que le retard dans l'accomplissement de certaines tâches de développement nécessitent un accompagnement continu sur le long terme avec, si possible, une constance dans le suivi.
- S'agissant de l'accompagnement en psychiatrie de transition d'adolescents et de jeunes adultes dont le développement est en danger, il y a un chevauchement des domaines de compétences de différentes institutions cantonales et nationales, ce qui exige une compétence spécifique en termes de prise en compte, de concertation, de liaison et de coordination des dispositions légales et des institutions (santé, prévention, école, formation, assistance éducative, APEA, justice, assurances sociales, réinsertion, etc.).

Un consensus net s'est dégagé lors des réunions d'experts : il existe à l'échelle de la Suisse des lacunes critiques en matière d'offre de soins aux adolescents atteints de troubles psychiques durant la phase de transition, en ce qui concerne aussi bien l'offre clinico-institutionnelle que la conception fondamentale de la prise en charge. Les offres de psychiatrie de transition actuellement disponibles en Suisse dans les domaines stationnaire et intermédiaire ne sont de loin pas suffisantes et, bien souvent, il n'y a pas de systématique intégrant l'état actuel des connaissances au niveau international appliquée dans la planification générale des soins et dans les concepts organisationnels et thérapeutiques. Seules quelques offres perméables en termes d'âge des patients pris en charge mettent en œuvre une collaboration intégrée de la PEA et de la PA. Les différences et les délimitations traditionnelles arrêtées aux niveaux juridique, budgétaire, tarifaire, disciplinaire et conceptuel en termes de soins liées au changement de statut des patients à leur 18^e anniversaire, de même que l'absence de pression au changement et d'incitations sous forme de positionnements professionnels et politiques sur l'offre de soins et des modèles de financement constituent des obstacles à un développement ciblé. Cette situation est également imputable au fait que cette thématique résulte de connaissances assez récentes et qu'il n'existe pas encore non plus, au niveau international, de définition uniforme définitive de la psychiatrie de transition ni de modèles éprouvés de bonnes pratiques. De plus, la grave pénurie de personnel que connaît la psychiatrie depuis quelques années laisse peu de place pour apporter la différenciation et l'innovation nécessaires dans l'offre des soins.

Lors des réunions d'experts, les participants ont aussi développé l'opinion selon laquelle les approches essentielles visant à améliorer la prise en charge en psychiatrie de transition doivent être dirigées davantage sur la qualité des procédures que sur celle des structures. Il convient de favoriser aussi bien dans les établissements cliniques que dans le domaine ambulatoire une culture et une conception intégrée des procédures pour la collaboration thérapeutique en psychiatrie de transition entre la PEA et la PA. À cet égard, on peut voir une opportunité dans le fait qu'il est de plus en plus fréquent aujourd'hui que les cliniques gèrent les deux spécialités sous un même toit après des fusions et qu'il se forme un domaine commun *Psychiatrie de transition* ou *Psychiatrie de l'adolescent*. De même, pour les procédures de coordination et d'accompagnement et les vastes mises en réseau au sein du système dans la psychiatrie de transition, il convient de mettre aussi à profit la gestion de cas clinique mobile, dans un format individuel ou par équipes. Cette formule est déjà largement développée et éprouvée en Suisse dans d'autres domaines de la psychiatrie, en particulier en Suisse romande. Il serait ainsi possible de favoriser et d'améliorer, dans la prise en charge psychiatrique des adolescents et des jeunes adultes, notamment la constance du traitement et du suivi, l'interdisciplinarité thérapeutique et les traitements mobiles. Un remboursement spécifique judicieux des prestations de psychiatrie de transition constitue à cet égard un prérequis, de même que le financement des frais de coordination pour la collaboration entre les différentes institutions impliquées. Une étude pilote pourrait permettre d'obtenir des connaissances en vue d'optimiser la prise en charge des « heavy users » adolescents, en particulier concernant les économies susceptibles d'être réalisées et les possibilités qui en résulteraient de redistribuer les coûts en faveur des prestations de psychiatrie de transition.

Selon les experts, l'élaboration d'une prise de position et de normes de qualité applicables aux offres et aux traitements de psychiatrie de transition constituent des premières étapes majeures. Il est par conséquent recommandé de créer une association professionnelle ou une section dédiée, qui pourrait être associée à l'introduction d'une attestation de formation complémentaire ou d'un titre de spécialiste.

10 Bibliographie

Amt für Jugend und Berufsberatung (2019). *Verzeichnis der Kinder- und Jugendheime*. Consulté à l'adresse https://ajb.zh.ch/internet/bildungsdirektion/ajb/de/leistungen-fuer-fachpersonen-institutionen-behoerden/ergaenzende-hilfen-zur-erziehung/kinder-und-jugendheime/anbieterverzeichnis/_jcr_content/contentPar/downloadlist_0/downloaditems/2310_1531993625819.spooler.download.1531993387814.pdf/verzeichnis_kinder_jugendheime.pdf

Asselmann, E., Wittchen, H.-U., Lieb, R., & Beesdo-Baum, K. (2018). Sociodemographic, clinical, and functional long-term outcomes in adolescents and young adults with mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *137*(1), 6–17. <https://doi.org/10.1111/acps.12792>

Brown, B. B., Eicher, S. A., & Petrie, S. (1986). The importance of peer group (“crowd”) affiliation in adolescence. *Journal of Adolescence*, *9*(1), 73–96. [https://doi.org/10.1016/S0140-1971\(86\)80029-X](https://doi.org/10.1016/S0140-1971(86)80029-X)

Crone, E. A., & Dahl, R. E. (2012). Understanding adolescence as a period of social–affective engagement and goal flexibility. *Nature Reviews Neuroscience*, *13*(9), 636–650. <https://doi.org/10.1038/nrn3313>

Conseil fédéral (2016). *Avenir de la psychiatrie en Suisse. Rapport en réponse au postulat de Philipp Stähelin (10.3255)*. Consulté à l'adresse https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/psychische-gesundheit/politische-auftraege/postulat-staehelin/zukunft_psychiatrie_schweiz.pdf.download.pdf/Avenir_psychiatrie_Suisse.pdf

Döllitzsch, C., Fegert, J. M., Künster, A., Kölch, M., Schmeck, K., & Schmid, M. (2014). Mehrfachdiagnosen bei Schweizer Heimjugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, *23*(3), 140–150. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000140>

Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. New York: Norton.

Erskine, H. E., Moffitt, T. E., Copeland, W. E., Costello, E. J., Ferrari, A. J., Patton, G., ... Scott, J. G. (2015). A heavy burden on young minds: The global burden of mental and substance use disorders in children and youth. *Psychological Medicine*, *45*(7), 1551–1563. <https://doi.org/10.1017/S0033291714002888>

Fegert, J. M., Hauth, I., Banaschewski, T., & Freyberger, H. J. (2017). Übergang zwischen Jugend- und Erwachsenenalter: Herausforderungen für die Transitionspsychiatrie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, *45*(1), 80–85. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000502>

Fegert, J. M., Petermann, F., & Freyberger, H. J. (2015). Transitionspsychiatrie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, *63*(3), 151–153. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000234>

Fegert, J. M., Streeck-Fischer, A., & Freyberger, H. J. (Hrsg.). (2009). *Adoleszenzpsychiatrie: Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Foulkes, L., & Blakemore, S.-J. (2018). Studying individual differences in human adolescent brain development. *Nature Neuroscience*, *21*(3), 315–323. <https://doi.org/10.1038/s41593-018-0078-4>

Fuhrmann, D., Knoll, L. J., & Blakemore, S.-J. (2015). Adolescence as a Sensitive Period of Brain Development. *Trends in Cognitive Sciences*, *19*(10), 558–566. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2015.07.008>

Furman, W., Brown, B. B., & Feiring, C. (1999). *The Development of Romantic Relationships in Adolescence*. Cambridge University Press.

Heiminfo.ch. (2019). *Heime und Institutionen in der Schweiz – Kanton Zürich, Kinder/Jugendliche*. Consulté à l'adresse <https://www.heiminfo.ch/institutionen/>

- Inhelder, B., & Piaget, J. (1958). *The Growth Of Logical Thinking From Childhood To Adolescence: An Essay on the Construction of Formal Operational Structures*. Oxon: Routledge.
- Kanton Zürich Regierungsrat. (2019). *Zürcher Spitalliste 2012 Psychiatrie (Version 2019.2; gültig ab 1. Januar 2019)*. Consulté à l'adresse https://gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung_spitallisten/psychiatrie.html#a-content
- Keating, D. P. (2004). Cognitive and Brain Development. In R. M. Lerner & L. Steinberg (Hrsg.), *Handbook of Adolescent Psychology* (2. Aufl., S. 45–84). <https://doi.org/10.1002/9780471726746.ch3>
- Lambert, M., Bock, T., Naber, D., Löwe, B., Schulte-Markwort, M., Schäfer, I., ... Karow, A. (2013). Die psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen – Teil 1: Häufigkeit, Störungspersistenz, Belastungsfaktoren, Service-Inanspruchnahme und Behandlungsverzögerung mit Konsequenzen. *Fortschritte Neurologie Psychiatrie*, 81(11), 614–627. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1355843>
- Lehalle, H. (2006). Cognitive development in adolescence: Thinking freed from concrete constraints. In S. Jackson & L. Goosens (Hrsg.), *Handbook of adolescent development* (S. 71–89). Sussex: Psychology Press.
- Lüdtke, J., Boonmann, C., Dölitzsch, C., In-Albon, T., Jenkel, N., Kölch, M., ... Schmid, M. (2017). Komorbide Angststörungen bei Störungen des Sozialverhaltens. *Kindheit und Entwicklung*, 26(2), 100–109. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000221>
- Office fédéral de la justice (2019). *Erziehungseinrichtungen des Kantons Zürich*. Consulté à l'adresse https://www.casadata.ch/wissensmanagement/institutionen/erziehungseinrichtungen.html?tx_x4ebjknowhow_organization_overview%5Bcanton%5D=27&tx_x4ebjknowhow_organization_overview%5Baction%5D=groupedList&tx_x4ebjknowhow_organization_overview%5Bcontroller%5D=Organization&cHash=d9e79a09d19019c7f9b5798fd74ecd6c
- Office fédéral des assurances sociales (2019). *Statistique de l'AI 2018*. Berne: Office fédéral des assurances sociales.
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345–365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- Pollak, E., Kapusta, N. D., Diehm, R., Plener, P. L., & Skala, K. (2017). Transitions- und Adoleszenzpsychiatrie in Österreich: Eine Pilotuntersuchung zur Sicht von Expert(innen). *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 46(4), 325–335. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000559>
- Rem Schmid, H. (1992a). *Adoleszenz: Entwicklung und Entwicklungskrisen im Jugendalter*. Stuttgart: Thieme.
- Rem Schmid, H. (1992b). *Psychiatrie der Adoleszenz*. Stuttgart: Thieme.
- Rem Schmid, H. (2013). Adoleszenz – seelische Gesundheit und psychische Krankheit. *Deutsches Ärzteblatt*, 110(25), 423–424.
- Seiffge-Krenke, I. (2015). «Emerging Adulthood»: Forschungsbefunde zu objektiven Markern, Entwicklungsaufgaben und Entwicklungsrisiken. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 63(3), 165–173. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000236>
- Singh, S. P., Evans, N., Sireling, L., & Stuart, H. (2005). Mind the gap: The interface between child and adult mental health services. *Psychiatric Bulletin*, 29(8), 292–294. <https://doi.org/10.1192/pb.29.8.292>
- Stadt Zürich (2019a). *Wohnen – Jugendliche / junge Erwachsene in Krisensituationen*. Consulté à l'adresse https://www.stadt-zuerich.ch/content/dam/stzh/sd/Deutsch/neu/Schnelleinstieg/Wegweiser/Merkblaetter%20und%20Formulare/Wohnen/Wohnen_Jugendl_junge_Erwachsene_in_Krisensituationen.pdf

Stadt Zürich (2019b). *Wohnen – Psychische Beeinträchtigung*. Consulté à l'adresse https://www.stadt-zuerich.ch/content/dam/stzh/sd/Deutsch/neu/Schnelleinstieg/Wegweiser/Merkblaetter%20und%20Formulare/Wohnen/Wohnen_Psychische_Beeintraechtigung.pdf

Steinberg, L. (2007). Risk Taking in Adolescence New Perspectives From Brain and Behavioral Science. *Current Directions in Psychological Science*, 16(2), 55–59. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2007.00475.x>

Steinhausen, H.-C., & Winkler Metzke, C. (2003). Prevalence of affective disorders in children and adolescents: Findings from the Zurich Epidemiological Studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(s418), 20–23. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.108.s418.5.x>

Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., ... Künzi, K. (2016). *Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz*. Berne: Office fédéral de la santé publique OFSP.

von Wyl, A., Chew Howard, E., Bohleber, L., & Haemmerle, P. (2017). *Psychische Gesundheit und Krankheit von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz: Versorgung und Epidemiologie Eine systematische Zusammenstellung empirischer Berichte von 2006 bis 2016. (Obsan Dossier 62)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Zimmer-Gembeck, M. J., & Collins, W. A. (2003). Autonomy development during adolescence. In G. Adams & M. Berzonsky (Hrsg.), *Blackwell handbook of adolescence* (S. 175–204). Malden, MA: Blackwell Publishing.

Le contenu du présent rapport ne reflète pas nécessairement l'opinion ou le point de vue du mandant.

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften

Angewandte Psychologie

Pfingstweidstrasse 96
Postfach
CH-8037 Zürich

Telefon +41 58 934 83 10
Fax +41 58 935 83 10

E-Mail info.psychologie@zhaw.ch
Web zhaw.ch/psychologie