

La transition entre soins pédopsychiatriques et soins en psychiatrie adulte

Transition from child and adolescent to adult mental health care

F. Carbonez¹, M. Al Husni Al Keilani¹, C. Kornreich² et V. Delvenne¹

¹Service de Pédopsychiatrie, H.U.D.E.R.F., ²Service de Psychiatrie et Psychologie médicale, C.H.U. Brugmann, ULB

RESUME

Les adolescents et jeunes adultes constituent une population particulièrement à risque en santé mentale. Pour une grande majorité des patients souffrant d'une pathologie psychiatrique chronique, l'âge d'apparition des symptômes est inférieur à 24 ans, alors que la couverture en soin psychiatrique est la plus faible entre 16 et 24 ans. La présence d'une pathologie psychiatrique durant l'enfance ou l'adolescence constitue un facteur de risque indépendant pour la survenue d'événements de vie défavorables à l'âge adulte. Cette population se situe par ailleurs à la lisière entre soins pédopsychiatriques et soins psychiatriques adultes. La transition est le passage délibéré et planifié d'un service de pédopsychiatrie vers un service de psychiatrie adulte. Ces deux systèmes de soins peinent à s'accorder pour réaliser des transitions optimales. De nombreuses barrières existent à l'interface des deux types de structures et certains jeunes qui nécessitent une prise en charge continue durant cette période de leur vie n'y ont pas accès. Il existe également trop peu de services psychiatriques pouvant accueillir cette population de manière spécifique. Certaines pistes émergent pour tenter de guider les pratiques, mais la littérature manque de données permettant de définir cette population et de créer des guidelines en ce qui concerne la transition entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte ainsi que la création de dispositifs psychiatriques spécifiques pour les adolescents et jeunes adultes en psychiatrie.

Rev Med Brux 2018 ; 39 : 35-40

ABSTRACT

Adolescents and young adults are at particularly at-risk population in mental health. For a large majority of patients suffering from chronic psychiatric condition, the age of onset of psychiatric symptoms is less than 24 years, while the coverage in psychiatric care is the lowest between 16 and 24. Presenting a psychiatric pathology during childhood and adolescence constitutes an independent risk factor for the occurrence of adverse life events in adulthood. Furthermore, that population is at the edge between child and adolescent mental health services (CAMHS) and adult mental health services (AMHS). Transition is the deliberate and planned movement from CAMHS to AMHS. CAMHS and AMHS struggle to achieve optimal transitions between them. Many barriers exist at the interface of the two types of structure and some young people who require continuous care during this period do not have access to it. There are also too few specific psychiatric services for the population of adolescents and young adults. Some recommendations emerge to intend to guide practices, but the literature lacks data to better define this population and build guidelines about the transition between CAMHS and AMHS and about specific services for adolescents and young adults in psychiatry.

Rev Med Brux 2018 ; 39 : 35-40

Key words : camhs, amhs, child psychiatry services, adults psychiatry services, adolescents, young people, health services, transition

INTRODUCTION

La population des adolescents et des jeunes adultes présente des caractéristiques spécifiques, particulièrement en santé mentale. C'est une période marquée par l'apparition de nombreux troubles psychiatriques. Alors que les chiffres d'incidence et de prévalence ont sans doute longtemps été sous-estimés pour différentes raisons (présentation symptomatologique particulière, contacts sporadiques avec les services de soins, ...), de nombreux patients souffrant de pathologies psychiatriques à l'âge adulte ont vu certains symptômes apparaître durant cette période de leur vie.

Selon la *National Comorbidity Survey Replication*¹, conduite sur plus de 9.000 personnes aux Etats-Unis entre 2001 et 2003, la valeur médiane d'apparition des premiers symptômes psychiatriques (âge avant lequel les symptômes apparaissent chez 50 % des patients) est de 14 ans alors que pour 75 % des patients les premiers symptômes sont apparus avant 24 ans. Les chiffres de valeur médiane d'apparition varient en fonction des pathologies : 11 ans pour les troubles anxieux, 20 ans pour les abus de substance, 30 ans pour les troubles de l'humeur¹. Une étude de l'OMS étudiant l'âge d'apparition des pathologies psychiatriques dans 16 pays répartis autour du monde met en évidence des valeurs médianes d'apparition de 7 à 14 ans pour les phobies et de 25 à 53 ans pour les autres troubles anxieux, de 7 à 15 ans pour les TDAH, de 25 à 45 ans pour les troubles de l'humeur et de 18 à 29 ans pour les abus de substance, de 19 à 27 ans pour les troubles psychotiques². Une revue de la littérature réalisée en 2007 mettait en évidence des valeurs d'apparition variant entre 19 et 27 ans pour les troubles psychotiques². Une autre étude basée sur les données de l'OMS concernant la population des jeunes âgés de 10 à 24 ans (qui représentent 27 % de la population), a mis en évidence que dans cette population, les pathologies neuropsychiatriques représentent 45 % du DALY (*Disability-adjusted life years*)³. Par ailleurs, une étude prospective conduite en Angleterre sur plus de 1.000 patients entre 11 et 26 ans a mis en évidence que 75 % des patients porteurs d'un diagnostic psychiatrique à 26 ans étaient déjà porteurs du diagnostic à 18 ans et 50 % avant 15 ans⁴. Enfin, l'étude TRAILS, réalisée aux Pays-Bas, identifie une prévalence de la survenue de pathologies psychiatriques chez 45 % des adolescents avant 19 ans, et une population de 5 à 10 % des adolescents qui cumule plusieurs comorbidités psychiatriques⁵.

La précocité de l'apparition est sans doute sous-estimée en raison des méthodes utilisées pour évaluer l'apparition des symptômes. Bien souvent, les chercheurs prennent en compte l'âge à partir duquel le diagnostic a été posé ou à partir duquel un traitement a été entamé plutôt que l'âge réel d'apparition des premiers symptômes. De plus, les études précitées ont été réalisées sous forme d'enquête dans la population générale. Il est probable que ce type d'étude sous-

estime le taux de patients avec des antécédents de maladie psychiatrique, par une moindre participation de ceux-ci ou parce qu'ils minimisent leur symptomatologie passée^{1,2,4}.

Cette période de la transition est marquée par de nombreux changements : physiques et pubertaires, psychiques, mais aussi neurodéveloppementaux au niveau cérébral. D'autres facteurs psychosociaux et éléments de vie peuvent compliquer la prise en charge ou l'accès aux soins et être de source de souffrance : les questions relatives à l'identité sexuelle, la scolarité, l'intégration dans le groupe de pairs, les relations amoureuses et sexuelles, une éventuelle grossesse, l'accession à la majorité, l'autonomisation du foyer parental, l'entrée dans le monde du travail, ...⁶. L'hypothèse actuelle expliquant la survenue d'un grand nombre de pathologies chez les adolescents et les jeunes adultes est multifactorielle : certaines anomalies des processus de maturation cérébrale à l'adolescence associées à ces facteurs psychosociaux et/ou environnementaux (lié à la puberté, aux consommations,...)⁷.

UNE PRESENTATION ATYPIQUE ET UNE EVOLUTION PARTICULIERE DES TROUBLES

En raison d'une présentation souvent atypique des pathologies psychiatriques à l'adolescence, leur prévalence est en général sous-estimée. Les symptômes précoces ou prodromiques sont souvent peu spécifiques et plus fluctuants⁸. Ainsi, 25 à 60 % des patients diagnostiqués avec une schizophrénie ou des troubles anxieux à l'âge adulte auraient présenté des troubles des conduites ou des troubles oppositionnels dans l'enfance ou l'adolescence⁴.

De plus, la présence d'une pathologie psychiatrique dans l'enfance et l'adolescence constitue un facteur de risque de survenue d'éléments de vie péjoratifs à l'âge adulte en terme de santé, de problèmes avec la justice ou sur le plan socio-économique, indépendamment des conditions psychosociales et de l'existence d'un trouble psychiatrique à l'âge adulte^{9,10}. Un antécédent de pathologie psychiatrique durant l'enfance et l'adolescence, même en rémission, est, par ailleurs, associé à une transition perturbée vers l'âge adulte, en ce qui concerne leur santé physique et mentale, leur parcours judiciaire et leur fonctionnement social^{11,12}.

UNE PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE

Malgré ces différents constats, les besoins particulièrement importants en termes de prise en charge des adolescents et des jeunes adultes souffrant de pathologies psychiatriques ne sont pas rencontrés de manière efficace par les systèmes de soin. Les consultations (pédo-)psychiatriques après l'âge de 16 ans, et encore plus après 18 ans, chutent de manière significative^{13,14}. La couverture en soins psychiatrique au cours de la vie serait d'ailleurs la plus faible entre 16 et 24 ans¹⁵.

Une interruption des soins au moment de l'adolescence pour les patients souffrant de pathologies psychiatriques chroniques est de mauvais pronostic pour leur évolution future¹², et est associée à différents problèmes d'ordre sociaux : déscolarisation, taux plus élevé de chômage, absence de logement, incarcérations, abus de substance, grossesses, comportements à risque¹³, alors qu'une prise en charge précoce, par exemple de la psychose, est associée à une meilleure évolution du cours de la pathologie⁸.

Dans la population des adolescents et des jeunes adultes, aucun indicateur de l'amélioration de la santé mentale n'existe de manière spécifique, et peu d'indicateurs spécifiques aux enfants et aux adultes ont été étudiés pour cette population, ce qui rend l'évaluation des soins problématique¹⁶.

LA TRANSITION : DEFINITIONS ET CONCEPTS

Sur base de ces constats et par analogie avec les modèles existant déjà pour les pathologies somatiques chroniques autour de la transition entre services de pédiatrie et services de médecine interne, a été développé le concept de la *transition* entre les services de pédopsychiatrie et ceux de psychiatrie adultes¹⁷. La *transition* est définie comme " le mouvement délibéré et planifié d'adolescents et de jeunes adultes souffrant de pathologies chroniques d'un système de soins orienté sur les enfants vers un système de soins orienté vers les adultes " ¹⁷. Elle se démarque du *transfert*, qui consiste simplement en l'arrêt de la prise en charge dans un service pédiatrique suivi par le début d'une nouvelle prise en charge dans un service pour adulte¹⁸.

A ce stade, il est nécessaire de différencier des concepts parfois flous et qui coexistent souvent dans la littérature, sans être clairement dissociés. D'une part celui de la transition proprement dite, qui permet de passer d'un suivi dans un service de psychiatrie infanto-juvénile à un service de psychiatrie adulte, pour des jeunes souffrant d'une pathologie psychiatrique chronique, ou du moins qui persiste après l'adolescence. D'autre part celui de la prise en charge spécifique des grands adolescents et des jeunes adultes en souffrance psychiatrique, dans des dispositifs créés spécifiquement pour les accompagner. En lien avec ces concepts, certains articles mentionnent la *période de transition* et les *jeunes en âge de transition*, sans que des définitions claires et consensuelles autour de ces notions ne soient données (en terme d'âge, de lien avec le processus d'autonomisation, ...)

LA TRANSITION EN PSYCHIATRIE : ETAT DES LIEUX

L'étude TRACK¹⁹ a été réalisée en Angleterre sur la transition des services de pédopsychiatrie vers les services de psychiatrie adulte. Son objectif était triple : décrire les protocoles existants, étudier une cohorte de patients expérimentant cette transition et recueillir des données qualitatives sur le vécu des soignants, de leurs

familles et des équipes soignantes autour de la transition. Les auteurs constatent qu'un tiers des jeunes qui auraient dû être pris en charge par des services de psychiatrie pour adultes ne l'ont pas été. Les critères nécessaires pour pouvoir être suivi dans les services de pédopsychiatrie ou dans les services d'adultes se sont avérés être très variables et souvent rigides. L'âge-seuil pour l'acceptation dans les services adultes et pour l'arrêt de prise en charge dans les services pédopsychiatriques varie fortement, de 16 à 21 ans dans les protocoles étudiés dans l'étude TRACK¹⁹.

La prise en charge d'autres facteurs que l'âge comme la scolarisation en cours est également très fluctuante^{14,15,20}.

Selon cette étude, seuls 5 % des jeunes qui atteindraient l'âge seuil de passage vers les services adultes expérimenteraient une transition effective et optimale¹⁹.

Différents types de difficultés pourraient expliquer les raisons pour lesquelles les jeunes se heurtent à une barrière au moment où ils pourraient bénéficier d'une prise en charge dans un service de psychiatrie pour adultes. Les jeunes jugent les dispositifs trop stigmatisants, ne connaissent pas bien les possibilités de prise en charge existantes et leur accès aux soins est limité par des problèmes financiers ou leur appartenance à un groupe social particulier comme des jeunes placés en institution, les minorités ethniques, les réfugiés, les gens du voyage ou les jeunes sans domicile fixe. De plus, il n'est parfois plus possible de s'appuyer sur le responsable légal pour conduire la demande de prise en charge après la majorité^{13,15,21-23}. Les jeunes présentant des troubles neuro-développementaux (en particulier le TDAH, les troubles de l'apprentissage et les troubles du spectre autistique), des troubles " émotionnels/névrotiques ", des troubles de la personnalité émergents, des troubles psychotiques, une anorexie mentale, des problèmes de dépendance importants sont moins souvent pris en charge par les services adultes^{12,19}.

Les services de soins pour adultes ont souvent des difficultés à identifier de manière adéquate les besoins des patients de cette tranche d'âge ainsi que leurs modalités d'expression symptomatique et leur manière de demander de l'aide. Par ailleurs, les soignants connaissent parfois mal les dispositifs existants^{14,22,23}. Pour ces raisons, en fonction des possibilités laissées par les systèmes de soin, certains pédopsychiatres continuent souvent les suivis à l'âge adulte²⁰.

Enfin, il existe des éléments propres au système de soins et aux incompatibilités entre psychiatrie infanto-juvénile et psychiatrie adulte. L'âge auquel s'arrête la prise en charge pédopsychiatrique est parfois de 16 ans (critères pédiatriques), alors que les services adultes ne prennent en charge les patients qu'à partir de 18 ans, laissant un réel trou dans la prise en charge des grands adolescents^{15,24}. C'est cette

situation qui a vu se développer les unités spécifiques pour adolescents, souvent à l'initiative de pédopsychiatres. Toutefois, la jonction entre ces unités et la psychiatrie adulte se fait rarement. L'histoire particulière aux deux disciplines et la philosophie de soin qui leur est propre, associées au manque de compréhension et de communication entre les deux systèmes, peut mener à une véritable barrière difficile à franchir lors de la transition entre services^{19,21}.

Pour une transition optimale

La littérature manque d'études suffisamment puissantes et d'essais randomisés contrôlés sur lesquelles s'appuyer pour édifier des protocoles autour de la transition²³.

Actuellement, il n'y a pas de consensus clair pour définir la transition optimale. Différents facteurs sont pointés par des études quantitatives et qualitatives comme " facilitateurs " de la transition. Les jeunes souffrant de pathologies sévères nécessitant un traitement psychotrope ou ayant été hospitalisés bénéficient plus souvent d'une transition effective¹⁹. Dans le cadre de l'étude TRACK, des critères de transition optimale ont été proposés : le transfert d'informations d'un service à l'autre, une période de jonction où les prestataires de soins pédopsychiatriques et psychiatriques travaillent " en parallèle " pour assurer la transition, une planification et une coordination de la transition entre les deux services impliqués, l'engagement par le service " receveur " d'une bonne continuité des soins après la transition¹⁹. La transition doit donc être progressive, préparée par des rencontres entre professionnels, avec un moment de travail en parallèle et une systématisation du transfert du dossier. Le jeune doit être impliqué en tant qu'acteur tout en gardant un lien privilégié à un adulte de référence ou un soignant^{6,14,15}. Une préparation du jeune avant la transition serait également nécessaire, mais aucun protocole n'explique les éléments nécessaires à la préparation du jeune avant la transition²⁰.

Dès lors, pour améliorer la transition entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte, certaines pistes émergent. De manière structurelle, cela nécessite l'élaboration de trajets de soins spécifiques comprenant la mise en place de protocoles de transition entre les services de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte. Il importe aussi de soutenir les liens avec les acteurs de premières lignes et le réseau travaillant avec les jeunes. La création de services de psychiatrie spécialisés dans la prise en charge de cette population permettraient d'améliorer la transition^{14,25}. Certains auteurs proposent une plus grande fluidité dans les critères d'accès aux services pédopsychiatriques et adultes (dépassant le critère trop simpliste de l'âge du patient) afin de déterminer de manière plus adéquate l'âge auquel la transition doit se faire pour chaque jeune^{14,19}. Dans le cas où des politiques de soins ne cadrent pas les pratiques de manière globale, des procédures doivent être élaborées localement entre service pédopsychiatriques et services de psychiatrie adulte¹².

Transition et prise en charge spécifique des jeunes : perspectives

Pour la transition proprement dite, des initiatives sont en cours pour tenter d'harmoniser les pratiques. Sur le plan européen, le projet Milestone²⁶, démarré en 2014 et s'achevant en 2019, a pour objectif d'inventorier les pratiques dans 8 pays européens afin de préciser les difficultés autour de la transition dans le secteur de la santé mentale. Il s'agit d'une étude randomisée et contrôlée dans laquelle une intervention spécifique par des cliniciens formés à la transition est proposée à une population de 200 jeunes souffrant de pathologie mentale en période de transition (comparés à 800 jeunes " contrôles "). Il s'agit d'édicter des recommandations en termes cliniques, éthiques, économiques et de formation des soignants²⁶.

En ce qui concerne la prise en charge spécifique des jeunes " en âge de transition ", des études et recommandations de bonne pratique en Angleterre, en Belgique et aux Etats-Unis mettent en évidence un manque de services pouvant accueillir cette population de manière spécifique^{15,26,27}.

Une revue systématique des articles sur l'efficacité de différents modèles de soins concernant la période de transition a été réalisée en 2012²³. Seules 19 études ont pu être retenues, aucune ne présentait de protocole randomisé ou cas/contrôle. Il est donc impératif d'approfondir la recherche afin de construire un modèle de soins approprié pour ces adolescents et jeunes adultes en souffrance psychopathologique et pour lesquels le dispositif de soins est défaillant²³. En attente d'un consensus autour d'un protocole plus standardisé, des pistes émergent suite à la mise en place de différentes initiatives. Certains éléments paraissent nécessaires à une prise en charge adéquate pour cette population : nécessité de services attractifs et adaptés pour les jeunes, réactifs et accessibles à leurs demandes et offrant une prise en charge globale incluant une approche préventive, précoce, orientée vers l'inclusion sociale voire séquentielle en fonction de l'évolution de la pathologie^{19,23}. L'accord et l'implication des jeunes dans l'élaboration du projet de soins sont essentiels. Ces programmes doivent aussi prendre en compte le contexte épidémiologique et sociétal, la continuité des soins et développer les liens privilégiés entre services pédopsychiatriques et services psychiatriques adultes¹⁵. Des propositions de guidelines autour de la prise en charge de cette population à risque ont été émises en Angleterre : les dispositifs doivent inclure une visée préventive par rapport au développement de pathologies psychiatriques chroniques, détecter et traiter les patients qui présentent une apparition précoce de certaines pathologies spécifiques et faciliter la transition vers les services de psychiatrie adulte¹². Différents modèles d'intervention sont proposés : la mise en place d'unités hospitalières spécifiques à la transition, des équipes identifiées au sein des services de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte qui collaborent activement au " passage " des patients. Certains sont spécifiques à la

prise en charge de pathologies bien précises, comme la psychose, d'autres sont plus génériques¹².

C'est à partir de ce constat que se développent des projets innovants autour de la prise en charge de cette population : les projets *Headspace* et *Orygen Youth Health* en Australie^{19,28}, le projet *Jigsaw* en Irlande¹¹, le projet *Youthspace* en Angleterre¹⁵ qui permettent semble-t-il d'obtenir de meilleurs résultats dans la prise en charge²³.

Certains de ces services se sont appuyés sur le fonctionnement préexistant de dispositifs de prise en charge précoce des jeunes psychotiques (*Early Intervention in Psychosis*). Ces modèles de stratégie de soins ciblés et précoces ont montré une amélioration en terme de pronostic pour les patients^{15,29}.

CONCLUSION

Nous sommes face à un constat inquiétant : il existe une fracture dans le système de soins entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie d'adulte. Bien souvent, les jeunes " en âge de transition " atteints d'une pathologie psychiatrique tombent dans un " trou " faute d'articulation et d'adéquation du système de santé à leur égard. La littérature concernant cette question de la transition en psychiatrie se développe, mais de nombreuses questions restent vives. Comment repérer les jeunes à risque de troubles psychopathologiques ? Quelles sont les spécificités et les caractéristiques de la psychopathologie à cet âge ? Comment mieux définir les besoins de soins cette population et les amener à y adhérer ? Quand opter pour une option thérapeutique plutôt qu'une autre (transition vers un service adulte, prise en charge dans un dispositif spécifique) ?

Les modèles d'intervention précoce chez les patients psychotiques peuvent constituer un exemple pour la prise en charge spécifique et précoce d'autres pathologies en pédopsychiatrie³⁰.

Un consensus doit également être obtenu au niveau de la définition des concepts propres à cette population.

Même en l'absence de directives publiques et d'investissements, il est impératif de construire des trajets de soins spécifiques pour améliorer la prise en charge des jeunes " en transition ". Une collaboration plus étroite doit se développer entre les services de pédopsychiatrie et les services de psychiatrie adultes pour répondre à ces besoins grâce à des protocoles de prises en charges imaginés en fonction des réalités locales.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):593-602.

2. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustün TB. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20(4):359-64.
3. Gore FM, Bloem PJ, Patton GC, Ferguson J, Joseph V, Coffey C *et al*. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet*. 2011;377(9783):2093-102.
4. Prior Juvenile Diagnoses in Adults With Mental Disorder Developmental Follow-Back of a Prospective-Longitudinal Cohort. (Consulté le 05/04/2017). [Internet]. www.zotero://attachment/81/
5. Ormel J, Raven D, van Oort F, Hartman CA, Reijneveld SA, Veenstra R *et al*. Mental health in Dutch adolescents: a TRAILS report on prevalence, severity, age of onset, continuity and comorbidity of DSM disorders. *Psychol Med*. 2015;45(2):345-60.
6. Hovish K, Weaver T, Islam Z, Paul M, Singh SP. Transition experiences of mental health service users, parents, and professionals in the United Kingdom: a qualitative study. *Psychiatr Rehabil J*. 2012;35(3):251-7.
7. Paus T, Keshavan M, Giedd JN. Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence? *Nat Rev Neurosci*. 2008;9(12):947-57.
8. Jones PB. Adult mental health disorders and their age at onset. *Br J Psychiatry*. 2013;202(s54):s5-10.
9. Copeland WE, Wolke D, Shanahan L, Costello EJ. Adult Functional Outcomes of Common Childhood Psychiatric Problems: A Prospective, Longitudinal Study. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(9):892-9.
10. Ormel J, Oerlemans AM, Raven D, Laceulle OM, Hartman CA, Veenstra R *et al*. Functional outcomes of child and adolescent mental disorders. Current disorder most important but psychiatric history matters as well. *Psychol Med*. 2017;47(7):1271-82.
11. Copeland W, Shanahan L, Costello EJ, Angold A. Cumulative Prevalence of Psychiatric Disorders by Young Adulthood: A Prospective Cohort Analysis From the Great Smoky Mountains Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;50(3):252-61.
12. Lamb C, Hall D, Kelvin R, Van Beinum M. (Consulté le 08/04/2017). Working at the CAMHS/Adult Interface: Good practice guidance for the provision of psychiatric services to adolescents/young adults. *R Coll Psychiatr*. 2008 [Internet]. http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/Transition_2008.pdf
13. Jivanjee P, Kruzich J. Supports for young people with mental health conditions and their families in the transition years. *Best Pract Ment Health*. 2011;7(1):115-33.
14. Pottick KJ, Bilder S, Vander Stoep A, Warner LA, Alvarez MF. US patterns of mental health service utilization for transition-age youth and young adults. *J Behav Health Serv Res*. 2008;35(4):373-89.
15. McGorry P, Bates T, Birchwood M. Designing youth mental health services for the 21st century: examples from Australia, Ireland and the UK. *Br J Psychiatry*. 2013;202(s54):s30-5.
16. Kwan B, Rickwood DJ. (Consulté le 03/04/2017). A systematic review of mental health outcome measures for young people aged 12 to 25 years. *BMC Psychiatry*. 2015;15(1). [Internet]. <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-015-0664-x>
17. Blum RW, Garell D, Hodgman CH, Jorissen TW, Olinow NA, Orr DP *et al*. Transition from child-centered to adult health-care systems for adolescents with chronic conditions. A position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health*. 1993;14(7):570-6.
18. Paul M, Ford T, Kramer T, Islam Z, Harley K, Singh SP. Transfers and transitions between child and adult mental health services. *Br J Psychiatry*. 2013;202(s54):s36-40.

19. Singh SP, Paul M, Ford T, Kramer T, Weaver T, McLaren S *et al.* Process, outcome and experience of transition from child to adult mental healthcare: multiperspective study. *Br J Psychiatry.* 2010;197(4):305-12.
20. Singh SP. Transition of care from child to adult mental health services: the great divide. *Curr Opin Psychiatry.* 2009;22(4):386-90.
21. Singh SP, Tuomainen H. Transition from child to adult mental health services: needs, barriers, experiences and new models of care. *World Psychiatry.* 2015;14(3):358-61.
22. Cosgrave DEM, Yung AR, Killackey EJ, Buckby JA, Godfrey KA, Stanford CA *et al.* Met and unmet need in youth mental health. *J Ment Health.* 2008;17(6):618-28.
23. Paul M, Street C, Wheeler N, Singh SP. Transition to adult services for young people with mental health needs: A systematic review. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2015;20(3):436-7.
24. Singh SP, Paul M, Ford T, Kramer T, Weaver T. Transitions of Care from Child and Adolescent Mental Health Services to Adult Mental Health Services (TRACK Study): A study of protocols in Greater London. *BMC Health Serv Res.* 2008;8:135.
25. Royal College of Psychiatrist. (Consulté le 20/04/2017). Building and sustaining specialist CAMHS to improve outcomes for children and young people: Update guidance on workforce, capacity and functions of CAMHS in the UK. London, England; 2013 p. 80. Report No.: CR182. [Internet] <http://www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/CR182x.pdf>
26. Singh SP (Project Coordinator). (Consulté le 23/04/2017). THE MILESTONE PROJECT: Managing the Link and Strengthening Transition from Child to Adult Mental Health Care. [Internet]. <http://milestone-transitionstudy.eu/fr/>
27. Manteuffel B, Stephens RL, Sondheimer DL, Fisher SK. Characteristics, Service Experiences, and Outcomes of Transition-Aged Youth in Systems of Care: Programmatic and Policy Implications. *J Behav Health Serv Res.* 2008;35(4):469-87.
28. Muir K, University of New South Wales, Social Policy Research Centre. Headspace evaluation report: independent evaluation of headspace/: the National Youth Mental Health Foundation. Sydney:Social Policy Research Centre;2009.
29. Malla A, Iyer S, McGorry P, Cannon M, Coughlan H, Singh S *et al.* From early intervention in psychosis to youth mental health reform: a review of the evolution and transformation of mental health services for young people. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2016;51(3):319-26.
30. Bernardini F, Attademo L, Cleary SD, Luther C, Shim RS, Quartesan R *et al.* Risk Prediction Models in Psychiatry: Toward a New Frontier for the Prevention of Mental Illnesses. *J Clin Psychiatry.* 2017;78(5):572-83.

Correspondance et tirés à part :

F. CARBONEZ
H.U.D.E.R.F.
Service de Pédiopsychiatrie
Avenue J.-J. Crocq, 15
1020 Bruxelles
E-mail : frcarbomez@gmail.com

Travail reçu le 26 avril 2017 ; accepté dans sa version définitive le 13 septembre 2017.