

Équipe mobile en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : les apports de la recherche

Sylvie Tordjman^{1,2,3}
Gaëlle Keromnes^{1,4}

¹ Pôle hospitalo-universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PHUPEA), 154 rue de Châtillon, 35000 Rennes, Université de Rennes 1 et Centre hospitalier Guillaume-Régnier

² Laboratoire psychologie de la perception, Université Paris-Descartes et CNRS UMR 8242

³ Professeur en pédopsychiatrie, chef de pôle PHUPEA, Rennes

⁴ Praticien hospitalier en psychiatrie, PHUPEA

Résumé. Cet article présente la recherche menée à partir de la pratique d'une équipe mobile de pédopsychiatrie pour préadolescents et adolescents en difficulté non-demandeurs. Cette équipe mobile pluridisciplinaire se caractérise par les changements de lieux de rendez-vous choisis par le jeune et sa famille et de binômes de professionnels. Un dispositif de suivi par téléphone permet d'évaluer, du début jusqu'à 10 mois après la fin de prise en charge, la sévérité des symptômes, l'alliance thérapeutique et la pérennité des relais. Les résultats soulignent l'importance de l'alliance thérapeutique (en tant que facteur prédictif d'une évolution favorable) et des changements d'environnements physique (changement de lieux) et relationnels (changement de configuration familiale et de binômes). Ainsi, le changement de lieux est significativement associé à l'engagement thérapeutique, alors que si tous les rendez-vous se déroulent sur un seul lieu (domicile, bureau mobile ou centre médico-psychologique-CMP), on observe de plus fréquentes ruptures de suivi. Le plus souvent, le suivi débute au domicile (lieu de vie) et finit au CMP (lieu de soins), en passant par le bureau mobile (lieu transitionnel). Ces résultats renvoient au rôle du mouvement physique dans la mobilisation psychique, de l'ouverture sur l'extérieur permettant une sortie de l'isolement, et de la pluralité des représentations associée à la diversité des lieux. Enfin, les apports de la recherche et l'évaluation de nos pratiques d'équipe mobile contribuent à faire évoluer ces dispositifs, la mobilité du projet s'inscrivant aussi dans une dynamique de vie.

Mots clés : équipe mobile, pédopsychiatrie, environnement, changements de lieux, pluralité des représentations, mouvement, recherche, évaluation, alliance thérapeutique

Abstract. Mobile team in child and adolescent psychiatry: Contributions from research. This article presents research based on clinical practice of a child psychiatry mobile team for preadolescents and adolescents in difficulty who do not have a direct request for care. This multidisciplinary mobile team is characterized by changing locations of meeting points chosen by the youth and his or her family and changing caregiver dyads. A telephone follow-up (from initial meeting to 10 months after the last one) allowed symptom severity, therapeutic alliance and sustainability of relay to be evaluated. The results indicate the importance of the therapeutic alliance (as a predictive factor of a favorable clinical evolution) and changes in physical environment (changes of meeting locations) and relational environment (changes of family configuration and caregiver dyads). Changes in meeting locations are significantly associated with therapeutic engagement whereas when all the meetings take place in a single location (home, mobile bureau, or care center), a greater frequency of rupture in follow-up is observed. In most cases, the progression is home to mobile bureau (transitional space) to the care center. The results highlight the positive role of physical movement for psychic mobilization, openness toward the outside world reducing social isolation, and a plurality of representations associated with the diversity of meeting locations. Finally, the benefits of research and evaluation of mobile team practices contribute to the evolution of this clinical approach, the mobility of the project participating also to life skills.

Key words: mobile team, child psychiatry, environment, changing locations, plurality of representations, movement, research, evaluation, therapeutic alliance

Resumen. Equipo móvil en psiquiatría del niño y del adolescente: las aportaciones de la investigación. Este artículo presenta la investigación llevada a bien a partir de la práctica de un equipo móvil de pedopsiquiatría para pre-adolescentes y adolescentes en dificultad no demandantes. Este equipo móvil pluridisciplinar se caracteriza por los cambios de lugar de cita elegido por el joven y su familia y de binomios de profesionales. Un dispositivo de seguimiento por teléfono permite evaluar desde el principio hasta 10 meses tras el final del periodo de atención, la severidad de los síntomas, la alianza terapéutica y la sostenibilidad de los relevos. Los resultados subrayan la importancia de la atención terapéutica (en tanto que factor predictivo de una evolución favorable) y de los cambios de entornos físicos (cambio de lugares) y relacionales (cambio de configuración familiar y de binomios). Así, el cambio de lugares está significativamente

Correspondance : S. Tordjman
<s.tordjman@ch-guillaumeregnyer.fr>

asociado al compromiso terapéutico mientras que si todas las citas se desarrollan en un lugar único (domicilio, oficina móvil o centro médico-psicológico-CMP), se observan más frecuentes rupturas de seguimiento. Las más veces, el seguimiento empieza en el domicilio (lugar de vida) y termina en el CMP (lugar de atención), pasando por la oficina móvil (lugar transicional). Estos resultados remiten al papel del movimiento físico en la movilización psíquica, de la apertura al exterior que permite una salida al aislamiento, y de la pluralidad de las representaciones, asociada a la diversidad de los lugares. Por fin, las aportaciones de la investigación y la evaluación de nuestras prácticas de equipo móvil contribuyen a que evolucionen estos dispositivos, inscribiéndose también la movilidad del proyecto en una dinámica de vida.

Palabras claves: equipo móvil, pedopsiquiatría, medio ambiente, cambio de lugar, pluralidad de representaciones, movimiento, investigación, evaluación, alianza terapéutica

Les préadolescents et adolescents en souffrance psychique nous interpellent par leurs dépressions et tentatives de suicide, troubles des conduites, absentéisme scolaire ou déscolarisation. Ils représentent un enjeu important sociétal et de santé publique. Les professionnels de l'Éducation nationale, médecins généralistes ou pédiatres sont des personnes ressources de première ligne pour repérer ces jeunes « non-demandeurs » (sans demande explicite) qui refusent d'aller voir un « psy ». Ces professionnels jouent un rôle de tiers, de médiateur entre une équipe de psychiatrie et le jeune avec ses parents. L'équipe mobile constitue alors une alternative permettant, en lien avec les médiateurs, d'aller à la rencontre du jeune et de sa famille avec des missions d'évaluation, de soutien et d'accompagnement vers le soin si nécessaire.

Afin de répondre à des besoins non couverts par les dispositifs de soins habituels, nous avons créé à Rennes en décembre 2005 une équipe mobile pour enfants et adolescents (ÉMEA), dont l'activité clinique est centrée sur des préadolescents et adolescents en difficulté non-demandeurs. Cette équipe mobile se déplace en binôme de professionnels, avec un camping-car aménagé en bureau mobile, en moins de 48 heures si nécessaire, sur le lieu choisi par le jeune et sa famille. L'équipe est pluridisciplinaire : pédopsychiatres, psychologues, infirmiers, cadre de santé, cadre socio-éducative, éducatrice spécialisée et secrétaire médicale. Un psychanalyste extérieur en assure la supervision bimensuelle. Le nombre d'interventions est limité à 10, la moyenne étant de 6 interventions. Ce sont les professionnels de première ligne (les médiateurs) travaillant dans les établissements scolaires, principaux partenaires de notre réseau, qui nous alertent. Nos missions sont centrées sur la prévention, l'évaluation et l'accès aux soins. Les spécificités de notre équipe reposent sur la mobilité et la flexibilité du cadre avec le changement de binômes et de lieux.

Les équipes mobiles sont apparues dans un système de soins déjà varié, auquel elles ne se substituent pas mais qu'elles viennent compléter en s'inscrivant en

lien avec un dispositif d'amont (les médiateurs repérant les jeunes en difficulté) et un dispositif d'aval (le secteur assurant les soins au long cours). Beaucoup d'adolescents « non-demandeurs », mais aussi leurs familles, n'ont pas de demande explicite parce qu'ils sont en difficulté pour l'élaborer, l'exprimer et/ou savoir où la déposer. De plus, les pathologies de l'agir, fréquentes à l'adolescence, interfèrent souvent avec l'engagement de ces jeunes dans un processus thérapeutique, rendant difficile une continuité du suivi des consultations. Enfin, demander de l'aide, c'est aussi se mettre en situation potentielle de dette et de dépendance vis-à-vis des aidants. Or, à l'adolescence, se jouent des enjeux majeurs d'autonomie qui peuvent rendre compliquée cette demande d'aide. Pour autant, l'équipe mobile ne part pas « à la pêche » de tous les adolescents potentiellement en difficulté et non-demandeurs... En fait, la demande est portée et formulée initialement par le médiateur qui joue un rôle incitateur auprès de la famille, afin que les parents deviennent porteurs de la demande et qu'elle puisse émerger ultérieurement chez le jeune. Le médiateur ne se contente donc pas de nous appeler pour nous faire part de ses préoccupations et inquiétudes, mais réalise également tout un travail auprès des parents pour que ceux-ci arrivent au moins à nous contacter sur notre permanence téléphonique assurée directement par les cliniciens de l'équipe mobile.

Le parti pris d'aller à la rencontre de ces jeunes en difficulté et au-devant de leur demande est une posture clinique et éthique commune aux équipes mobiles. Il relève en effet de notre responsabilité individuelle de porter assistance à ces adolescents en souffrance. Vincent Garcin [1] explicite bien en quoi ces situations nous « regardent », en citant les travaux de Levinas [2] : « *Dès lors qu'autrui me regarde, j'en suis responsable [...]. Le lien avec autrui ne se noue que comme responsabilité, que celle-ci, d'ailleurs, soit acceptée ou refusée, que l'on sache ou non comment l'assumer, que l'on puisse ou non faire quelque chose de concret pour autrui.* »

Les spécificités de l'ÉMEA

Le changement de binômes de professionnels

Le changement de binômes permet de recréer l'effet de surprise de la première rencontre, de mobiliser les représentations et d'éviter la fixation sur un seul thérapeute, facilitant ainsi l'investissement des relais. Mais une continuité est maintenue (avec des invariants) au sein des discontinuités (variants), puisqu'un professionnel du binôme précédent reste présent dans le nouveau binôme, offrant à la famille un témoin du dernier entretien sur lequel elle pourra s'étayer si besoin (on passe d'un binôme AB à BC, puis CD, etc.). On observe avec le changement de binômes que la famille et le jeune peuvent se montrer et « se raconter » différemment selon les binômes rencontrés, ce d'autant que les différentes formations des professionnels permettent l'émergence de nouvelles questions et hypothèses facilitant à leur tour l'apparition d'une pluralité des représentations [3]. Le changement de binômes au sein de l'ÉMEA permet ainsi de ne pas être prisonnier de « mono-représentations » figées qui envahissent l'appareil psychique des professionnels et renvoient le patient et sa famille à une identité dont il est difficile par la suite de se dégager (identité de déprimé, d'agresseur, de délinquant, etc.). Ceci permet de mobiliser les représentations familiales et de l'adolescent, ainsi que celles de l'ÉMEA et des partenaires du réseau. L'existence de représentations multiples n'est pas spécifique de l'ÉMEA mais est ici facilitée par son fonctionnement particulier, tant du fait du changement de binômes de professionnels que du changement de lieux d'entretien, et est recherchée comme un levier mobilisateur.

Le changement de lieux

Le changement des lieux de rendez-vous (les lieux choisis par la famille sont principalement le domicile, le bureau mobile et le CMP) contribue à la mobilisation des représentations du jeune mais aussi de sa famille et de l'équipe mobile. Cette dernière nous raconte son histoire, ses préoccupations et problèmes d'une façon différente, non seulement selon le binôme rencontré mais aussi selon les lieux des rencontres. L'intérêt du changement de binômes semble donc s'appliquer de façon similaire au changement de lieux de rendez-vous. De plus, le choix est donné au jeune et sa famille du lieu de rendez-vous, ce qui leur permet d'être ainsi d'emblée actifs dans le processus thérapeutique et constitue un des facteurs participant à la mobilisation psychique. Enfin, le changement d'angles est souvent nécessaire afin d'envisager différemment une problématique et changer de perspectives et de postures. Ce changement de lieux crée en effet, outre le mouvement physique potentiellement facilitateur d'un mouvement psychique, un changement d'environnement (environnement familial au domicile, environnement « autre » dans le bureau

mobile, environnement de soin au CMP) mobilisant les représentations. Le changement de lieux, en introduisant un « ailleurs », permettrait donc de changer de point de vue et d'introduire un mouvement tant psychique que physique.

Le dispositif de suivi par téléphone

Fonctionnement du dispositif

Le dispositif de suivi par téléphone est intégré au fonctionnement de l'équipe mobile depuis septembre 2006. Il est présenté aux jeunes et leurs parents lors du premier entretien. Un des objectifs de ce dispositif est d'évaluer certaines dimensions de la situation de l'adolescent rencontré par l'ÉMEA à partir de quatre sources d'observation distinctes (le jeune, ses parents, le médiateur et l'ÉMEA). Le consentement du jeune et de ses parents est indispensable. Ce suivi par téléphone est réalisé par une psychologue clinicienne à mi-temps dans l'ÉMEA, sous la supervision d'un médecin. L'évaluation longitudinale réalisée par un même clinicien limite le risque de biais d'observateur dans le recueil des données. Par ailleurs, garantir un interlocuteur unique permet qu'un lien de confiance se construise entre la psychologue d'une part, et le jeune, ses parents ou le médiateur d'autre part, ce qui contribue à améliorer la qualité des entretiens téléphoniques.

Le dispositif de suivi par téléphone permet d'assurer une continuité faisant suite à la courte prise en charge ÉMEA orientée, comme nous l'avons précisé précédemment, vers la prévention et l'accès aux soins. Dans cette perspective, un temps important est accordé à la parole des différentes personnes, afin qu'elles puissent évoquer librement certains aspects qui n'auraient pas été explorés. Le dispositif de suivi par téléphone permet également de mener un travail de recherche visant à maintenir au sein de l'équipe une dynamique de questionnement, d'évolution et d'adaptation, afin d'optimiser le fonctionnement de l'ÉMEA. Ce travail de recherche a donné lieu aux résultats de la recherche-action présentés dans cet article.

Population étudiée

La recherche-action a porté sur 690 préadolescents/adolescents (394 garçons et 296 filles) pour lesquels l'ÉMEA a été sollicitée (moyenne d'âge $\pm$ écart-type : $13,6 \pm 2,1$ ans). Tous les jeunes ont été inclus systématiquement dans l'étude jusqu'au 17 novembre 2016, date qui correspond au décret d'application de la loi Jardé (avant novembre 2016, les données figurant dans les dossiers patients pouvaient être utilisées sans nécessiter d'avis d'un comité d'éthique). Ceci permet d'avoir une exacte représentativité de la population suivie par l'ÉMEA. Nous avons cependant souhaité recueillir le consentement des différents participants

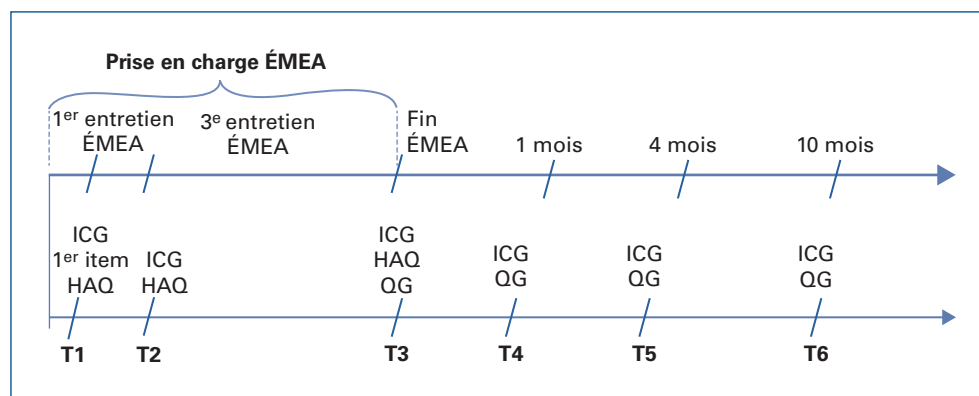


Figure 1. Étapes du suivi par téléphone.

ICG : impression clinique globale. HAQ : questionnaire d'alliance thérapeutique. QG : questionnaire général.

pour le suivi téléphonique après réalisation d'une information éclairée précisant notamment que les données étaient anonymisées.

Outils d'évaluation (voir Annexe)

L'évaluation des difficultés et troubles psychiques présentés par le jeune se fait pendant et après l'intervention de l'ÉMEA afin d'observer leur évolution au long cours. L'évaluation se déroule dans le cadre d'entretiens téléphoniques semi-structurés, au cours desquels nous utilisons un questionnaire général, complété par l'échelle d'impression clinique globale (ICG) de la sévérité des difficultés du jeune. De plus, l'auto-questionnaire *Helping Alliance Questionnaire* (HAQ), seul questionnaire d'alliance thérapeutique validé en français chez les enfants, adolescents, parents et thérapeutes, est envoyé par voie postale joint à une enveloppe préimprimée pour le retour.

Étapes du suivi (voir figure 1)

Lors du premier rendez-vous avec l'ÉMEA, le jeune et sa famille sont informés par le binôme de soignants qu'ils rencontrent qu'ils seront contactés téléphoniquement dans les jours suivants par la psychologue du dispositif de suivi. La mise en place du suivi débute par un appel téléphonique au jeune, à ses parents et au médiateur à l'origine de l'intervention de l'ÉMEA (T1), dans lequel la psychologue explique les objectifs et modalités de ce suivi, garantit la confidentialité et l'anonymat de leurs réponses, et recueille leur consentement à prendre part à cette série d'échanges téléphoniques. Aucun refus n'a été à ce jour observé. L'appel téléphonique au médiateur ne se fait qu'avec l'accord du jeune et de sa famille. Puis, la psychologue réalise la passation de l'ICG ainsi que du premier item du questionnaire d'alliance thérapeutique (AT) dont la réponse servira de score de base lors des comparaisons avec les scores ultérieurs.

La psychologue contacte à nouveau les différents interlocuteurs après le 3^e entretien (T2), puis à la fin de

l'intervention de l'ÉMEA (T3) et à différents temps qui suivent — à savoir 1 mois (T4), 4 mois (T5) et 10 mois (T6) après la fin de la prise en charge ÉMEA. À chacun de ces temps, la passation de l'ICG est réalisée auprès du jeune, de sa famille et du médiateur. Au troisième entretien (T2) et dans la semaine qui suit le dernier entretien (T3), le questionnaire d'AT est envoyé à ces différents interlocuteurs par voie postale (avec une enveloppe préimprimée pour leur réponse) et correspond d'une part à l'AT précoce (T2) qui ne peut s'évaluer dans son intégralité qu'à partir du 3^e entretien, et d'autre part à l'AT de fin de suivi (T3).

Les professionnels de l'ÉMEA sont amenés à répondre aux mêmes questions pour les trois premiers temps du suivi, soit jusqu'à la fin de l'intervention de l'ÉMEA. Les réponses, tant à l'ICG qu'au questionnaire d'AT, sont données en concertation par les professionnels du binôme présents dans l'entretien concerné.

Analyses statistiques

L'évolution de l'AT et de l'ICG a été étudiée par des analyses de variance à mesures répétées. Les relations évolutives entre l'AT et la sévérité des difficultés (ICG) ont été étudiées par des analyses de corrélation de Bravais-Pearson. L'effet du changement de lieu ou du type de configuration familiale sur le maintien du suivi ÉMEA ou des relais a été analysé par des tests de χ^2 .

Résultats

Analyses descriptives des premières demandes

Le travail de l'ÉMEA débute pour 682/690 préadolescents/adolescents (soit 84,3 % des cas) par un appel téléphonique d'un médiateur qui présente la situation. Ce médiateur demande aux parents qu'ils nous contactent sur notre permanence téléphonique, et 491 (84,4 %) familles le feront. Dans 108 (15,7 %) situations, le premier appel à l'ÉMEA provenait directement des familles. Il s'agit de familles qui ont entendu parler de

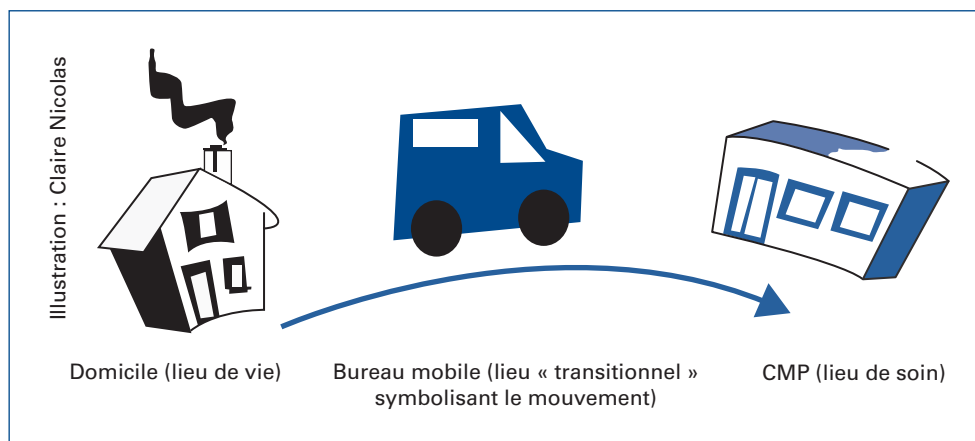


Figure 2. Changement des lieux de rendez-vous au cours d'une prise en charge type.

notre équipe par leur entourage ou par les médias ou, plus rarement, de familles que nous avons déjà rencontrées lors d'une précédente intervention pour le même jeune ou un membre de sa fratrie.

Suite au premier appel de la famille à l'ÉMEA, seulement 13 (2,2 %) situations ont été classées sans suite, c'est-à-dire sans possibilité de première rencontre avec l'ÉMEA ou de réorientation de la famille vers un accompagnement paraissant plus adapté à la situation. Ce premier contact téléphonique entre l'ÉMEA et la famille apparaît donc comme un temps essentiel de la prise en charge puisqu'il est suivi dans 97,8 % des cas d'un engagement dans l'accompagnement proposé par l'ÉMEA.

Lieux de rendez-vous et effet des changements de lieux

Les lieux choisis de façon privilégiée par la famille et le jeune sont le domicile, le bureau mobile et le CMP. Ces lieux évoluent au cours des interventions. La trajectoire la plus souvent observée est celle débutant au domicile et finissant au CMP, en passant par le bureau mobile (voir *figure 2*). Les analyses statistiques mettent en évidence que le changement de lieux est significativement associé à l'engagement dans le processus thérapeutique avec une continuité et non-rupture du suivi ÉMEA (ce résultat est observé dès qu'il y a au moins deux types de lieux différents) [4]. Inversement, l'absence de changement de lieux (rendez-vous se déroulant tous sur un seul lieu) est significativement associée à la rupture de la prise en charge ÉMEA provoquée par le jeune et/ou sa famille, et ce indépendamment du type même de lieu (domicile, bureau mobile, CMP). Ces résultats renvoient aux rôles positifs importants du mouvement physique dans la mobilisation psychique, de l'ouverture sur l'extérieur avec une sortie de l'isolement, ainsi qu'à celui de la pluralité des représentations associée à la diversité des lieux. En effet, le jeune et sa famille ne se racontent pas de la même façon selon le lieu de l'entretien et cette narrativité différente participe à la mobilisation des

représentations qui est un levier majeur à la mobilisation de la problématique et des processus de pensée. Enfin, ce résultat interroge nos schémas thérapeutiques habituels en montrant tout l'intérêt du changement de lieu pour l'accès aux soins et leur continuité.

Évolution clinique

Les résultats obtenus avec l'ICG, résultats recueillis auprès des différentes sources d'observation pour 690 situations, sont présentés dans la *figure 3*. À noter, la diminution du score d'ICG correspond à une amélioration des difficultés chez l'adolescent. Il apparaît que les adolescents s'attribuent le niveau de difficulté le plus faible, et ce à chacun des temps évalués. Les scores à l'ICG attribués par les médiateurs lors du suivi par téléphone sont quant à eux les plus élevés. Cette observation est cohérente avec le fait que ce sont justement ces professionnels qui sont initialement porteurs des inquiétudes permettant d'enclencher l'intervention de l'ÉMEA.

L'analyse de l'évolution des scores d'ICG au cours du suivi par téléphone met en évidence une diminution significative de ce score entre les temps T1 et T2 puis entre les temps T2 et T3 pour chacune des sources d'observation. En revanche, ces résultats ne montrent pas de différence significative entre les temps T3, T4, T5 et T6. En d'autres termes, l'intervention de l'ÉMEA est associée à une amélioration clinique significative qui est stable et durable dans le temps une fois la prise en charge terminée. Cette amélioration est objectivée à la fois par l'adolescent, sa famille et le médiateur, ainsi que par l'ÉMEA durant la période du suivi où elle intervient.

Alliance thérapeutique (AT)

L'analyse des résultats obtenus au questionnaire d'AT met en évidence des scores élevés d'AT, quelle que soit la source d'observation (adolescent, parents, ÉMEA). À noter, le nombre de questionnaires d'AT renvoyés par les médiateurs n'est pas suffisant pour les inclure dans ces analyses. De plus, on constate au cours du

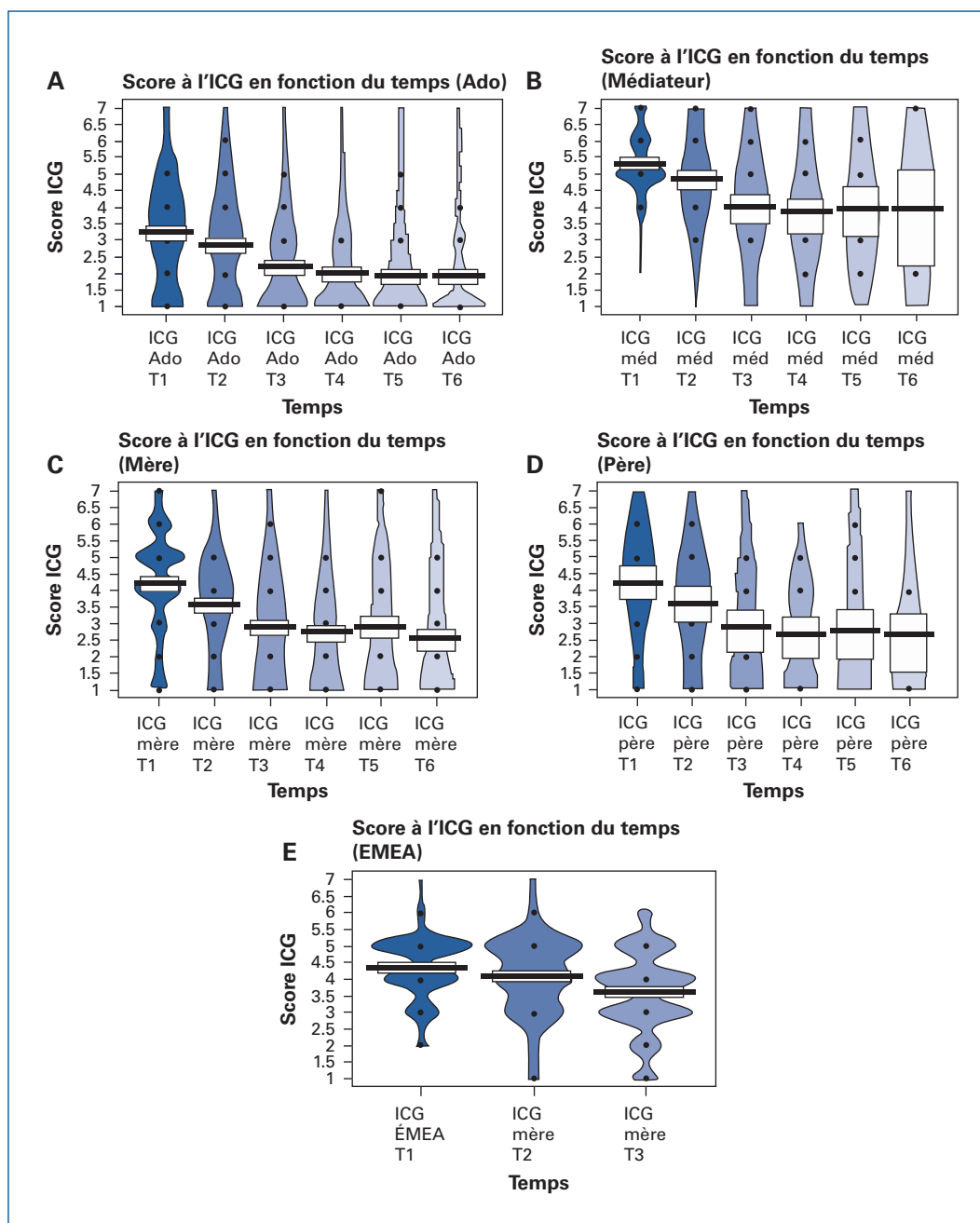


Figure 3. Évaluation de l'ICG (impression clinique globale) selon la source d'observation (adolescent, médiateur, mère, père, et ÉMEA).

suivi une amélioration significative de l'AT lorsque la source d'observation est l'adolescent ($p = 0,004$) et les professionnels de l'ÉMEA ($p = 0,022$). Dans le cas des parents, le pattern est similaire mais l'amélioration n'est pas significative, ce qui pourrait s'expliquer par un effet « plafond ». En effet, les résultats d'AT précoce (T2) montrent des scores très élevées, ce qui a tendance à rendre l'amplitude de l'amélioration observée entre T2 et T3 modeste. Lorsque la source d'observation est l'adolescent, ses parents ou l'ÉMEA, l'amélioration de l'AT entre le troisième (T2) et le dernier rendez-vous ÉMEA (T3) est corrélée significativement avec la

diminution de l'ICG, soit une diminution de la sévérité des troubles de l'adolescent, entre le premier entretien avec l'ÉMEA et la fin de la prise en charge ($p < 0,05$).

Enfin, l'évaluation de la croyance en l'aide que peut apporter l'ÉMEA (effet de croyance évalué systématiquement par téléphone à chaque temps du suivi et correspondant au premier item du questionnaire d'AT) montre une amélioration significative de cet effet de croyance entre l'évaluation précoce (début de la prise en charge ÉMEA : T1) et tardive (fin de la prise en charge ÉMEA : T3) pour l'adolescent et chacun des parents (père aussi bien que mère). Par ailleurs, l'amélioration

de la croyance entre T1 et T3 est significativement corrélée avec l'amélioration de la symptomatologie du jeune (score ICG) entre le troisième rendez-vous (T2) et la fin de la prise en charge (T3), quelle que soit la source d'observation. De même, l'amélioration de la croyance entre T2 et T3 est significativement corrélée avec une diminution de l'ICG entre l'évaluation à T2 et dix mois après la fin de l'intervention de l'ÉMEA (T6).

Fin de prise en charge et relais

Dans 54,6 % des situations, à la fin de la prise en charge ÉMEA, l'équipe mobile se met à disposition sans proposer de relais vers un autre type d'accompagnement. Cela correspond aux situations où l'intervention de l'ÉMEA a permis d'apaiser une crise et de remobiliser les compétences, à la fois parentales, mais aussi du jeune. Nous convenons ensemble du dernier rendez-vous pour finir la prise en charge, en indiquant que nous restons disponibles si le jeune et sa famille souhaitent nous recontacter. Dans 12,7 % des cas, les situations restent sans suite. Il s'agit des familles perdues de vue pour lesquelles il n'a pas été possible de travailler la mise en place d'un relais ou une mise à disposition, et qui correspondent à des ruptures de suivi significativement associées à une absence de changement de lieux de rendez-vous. Enfin, dans 32,7 % un relais est proposé.

Lorsqu'un relais est mis en place, les indications principales à l'issue des entretiens ÉMEA sont la psychothérapie individuelle, les groupes thérapeutiques ou la thérapie familiale. Bien que le dispositif ÉMEA propose une alternative à l'hospitalisation, il arrive parfois que le travail de l'équipe mobile consiste à accompagner le jeune et sa famille vers une hospitalisation en pédopsychiatrie. Cela concerne notamment les jeunes pour lesquels le risque suicidaire semblait majeur au décours de notre intervention. Il est important de noter que l'orientation proposée par l'ÉMEA ne se fait pas uniquement vers les soins. Il arrive que des relais soient passés vers le champ socio-éducatif dans l'objectif, notamment, de permettre la mise en place d'une aide éducative. Enfin, il est important de préciser que la prise en charge ÉMEA consiste aussi à accompagner le jeune et sa famille jusqu'à ce que le relais soit mis en place. Il peut être même nécessaire de proposer un accompagnement physique vers le lieu de soins qui assurera ce relais.

La pérennité des relais mis en place est évaluée par le dispositif de suivi téléphonique qui se poursuit, comme nous l'avons décrit, après la fin de la prise en charge ÉMEA. Ce suivi montre que dans près de 50 % des cas, ces relais sont toujours en cours 10 mois après la fin de notre intervention et que seulement 15 % des relais proposés ne se mettent pas en place à la fin de notre prise en charge (T3). Lors de notre suivi téléphonique, le motif le plus souvent donné par les familles quant à cette non-mise en place de relais est l'annulation par les

parents des rendez-vous pour des raisons organisationnelles (avec, en particulier, des horaires proposés pour les thérapies en CMP ne convenant pas aux parents qui se plaignent d'un manque de flexibilité de ces structures de soins).

Rôle de l'environnement relationnel : effet de la configuration familiale des entretiens sur la fin de prise en charge et perception du changement de binômes après le dernier entretien

Loïc Favret, dans son travail de thèse de médecine mené au sein de l'ÉMEA [5], met en évidence des relations significatives entre la configuration familiale des entretiens et le type de fin de prise en charge par l'équipe mobile. Ainsi, quand la configuration d'entretien privilégiée est celle du jeune vu avec un de ses parents, cette configuration est significativement associée à la mise en place effective d'un relais. La présence d'un des parents semble, grâce à l'alliance thérapeutique créée, favoriser l'investissement du relais par le jeune. Mais, si les entretiens se déroulent plus souvent dans une configuration familiale où le jeune est « encadré » par ses deux parents, la fin de prise en charge la plus fréquemment observée est alors un retrait (mise à disposition) de l'équipe mobile avec des parents, dont on reconnaît les compétences, qui « reprennent les rennes ». De plus, cette configuration familiale est significativement associée à la non-rupture de la prise en charge ÉMEA, comme si l'implication des deux parents favorisait l'adhésion mais aussi garantissait la solidité du cadre proposé. Enfin, il n'y a aucune relation significative entre la configuration d'entretien où le jeune est vu seul et le type de fin de prise en charge par l'équipe mobile. Suite à ces résultats, il serait intéressant de « jouer » avec la configuration familiale des entretiens qui contribue au changement d'environnement, notamment avec la participation, si possible, du jeune et de ses deux parents aux premiers entretiens (afin d'éviter ces situations classées sans suite caractérisées par une rupture de prise en charge ÉMEA), puis en modulant par la suite cette configuration familiale en fonction de l'orientation paraissant la plus adaptée qui est habituellement envisagée vers le 4^e ou 5^e rendez-vous (par exemple, il serait important de privilégier des entretiens avec le jeune et un de ses parents si un relais est envisagé, et plutôt des entretiens avec le jeune et ses deux parents si on s'oriente vers une mise à disposition de l'ÉMEA). La configuration familiale des entretiens est un facteur important à prendre en considération dans le changement d'environnement relationnel.

Le changement de binômes fait également partie de ce changement d'environnement relationnel. Le dispositif de suivi par téléphone met en évidence que, dans la semaine qui suit la fin de prise en charge ÉMEA (T3), les parents et notamment l'adolescent/préadolescent jugent

le changement de binômes comme satisfaisant à très satisfaisant pour plus des 2/3 d'entre eux (20 % environ des parents et 6 % des adolescents/préadolescents se déclarent par contre non satisfaits ; le reste des personnes questionnées n'ont pas vraiment d'opinion sur le sujet et se disent ni satisfaits ou insatisfaits). Des analyses complémentaires sont en cours afin d'étudier les relations entre les troubles psychopathologiques et le niveau de satisfaction des préadolescents/adolescents et de leurs parents quant au changement de binômes (on peut en effet s'interroger si certains troubles, comme les troubles psychotiques, ne nécessiteraient pas pour construire l'alliance thérapeutique un non-changement de binômes), et si ce niveau de satisfaction est associé à l'alliance thérapeutique et à l'amélioration des symptômes.

Discussion

Les résultats principaux des recherches-actions menées à partir de notre pratique d'équipe mobile soulignent les rôles importants de l'alliance thérapeutique et des changements d'environnements physique et relationnel.

On observe en effet des relations significatives entre l'amélioration de l'alliance thérapeutique (effet de croyance en l'ÉMEA) et la diminution de la sévérité des symptômes du jeune (évalués sur l'ICG), y compris quand la source d'observation est l'adolescent. Ces résultats suggèrent que le fonctionnement de l'ÉMEA avec le principe des changements de binômes, en évitant la création d'un transfert sur un professionnel, rassurerait le patient à partir d'un transfert possible mais diffracté et pourrait ainsi favoriser l'alliance thérapeutique. La relation thérapeutique créée entre l'ÉMEA et l'adolescent serait alors moins attaquante pour lui et limiterait le risque et la peur d'une dépendance éventuelle. Par ailleurs, comme l'effet placebo lors d'une prise médicamenteuse, le fait d'y croire (effet de croyance observé aussi bien chez l'adolescent que ses parents) permet probablement au jeune d'aller mieux. À la période de la préadolescence et adolescence, un effet majeur du placebo a pu être mis en évidence, en particulier pour les antidépresseurs. De plus, l'alliance qui se construit avec les parents constitue un levier essentiel à l'amélioration thérapeutique de leur enfant. La motivation et l'engagement des parents qui peuvent être élargis à l'environnement familial apparaissent dans la méta-analyse de Shirk et Karver [6] comme des facteurs prédictifs de l'évolution thérapeutique des enfants. Au regard de l'analyse de ces résultats, déterminer la qualité de l'alliance thérapeutique précoce (au troisième entretien avec l'ÉMEA) et plus tardive (au dernier entretien), ainsi que chercher à l'améliorer pourrait donc permettre d'ajuster le cadre thérapeutique afin de faire émerger une demande de soin et d'éviter des ruptures

thérapeutiques ultérieures. L'amélioration de l'alliance thérapeutique est une des préoccupations majeures de l'ÉMEA qui s'y emploie en travaillant sur la synchronisation des rythmes émotionnels, comportementaux et relationnels entre la famille et l'équipe mobile [7]. Il nous semble essentiel de toujours chercher à créer, puis à entretenir et améliorer l'alliance thérapeutique, aussi bien avec le jeune qu'avec ses parents, notamment avec les membres de la famille qui pourraient avoir des résistances quant à la prise en charge de l'ÉMEA. L'efficacité thérapeutique de nos dispositifs dépendrait de la qualité de l'alliance thérapeutique et de la cohérence de l'outil thérapeutique utilisé tant pour le jeune, sa famille que l'équipe, permettant alors la rencontre et l'engagement dans un processus thérapeutique pour tous les protagonistes.

Le cadre de fonctionnement de l'ÉMEA, basé sur le changement d'environnement physique (changement de lieux des rendez-vous avec passage le plus souvent du domicile au CMP en transitant par le bureau mobile) et d'environnement relationnel (changement de binômes et de configuration familiale), met en œuvre un travail de mise en représentation et de mise en scène des représentations, avec une mise en exergue de leur variabilité en fonction des changements d'environnements physique et relationnel. C'est ce cadre centré sur la pluralité, variabilité et paradoxalité des représentations qui va permettre, à partir d'un travail d'élaboration, leur mobilisation. On peut ici souligner que le cadre de l'équipe mobile comporte en lui-même un certain paradoxe puisque la permanence de ce cadre repose sur le changement d'environnement... Une nouvelle approche pourrait être ici proposée basée sur le changement d'environnement physique (changement de lieux) et relationnel (changement de binômes et de configuration familiale) facilitant une mobilisation psychique. Ainsi, le passage du domicile au CMP, à savoir d'un espace-temps inscrit dans « l'ici et maintenant » à un espace-temps associé au lieu de soin et au temps de l'élaboration psychique — mouvement de sortie et d'ouverture vers l'extérieur initialisé, impulsé (en « allant vers ») et accompagné par l'équipe mobile et le bureau mobile — correspond à un changement d'espace-temps pour le sujet et sa famille et à une mobilisation psychique. Cette mobilisation psychique est facilitée par le mouvement physique à l'œuvre tant pour l'équipe mobile que pour la famille. Enfin, la mobilisation des représentations, à partir notamment d'un travail de narrativité et de renvoi en miroir des représentations de l'équipe mobile, constitue aussi un élément essentiel de cette mobilisation psychique.

Le fonctionnement de l'ÉMEA permet la mise en scène formalisée de ces multiples représentations comme nous venons de le voir, mais aussi la représentation de leur pluralité. Shakespeare écrivait dans *Hamlet* que le théâtre offre un miroir de et à la société. Le cadre de l'équipe mobile définit la scène d'une pièce de théâtre

jouée par le jeune et sa famille qui en sont les principaux acteurs et dont nous, professionnels de l'équipe mobile, sommes les spectateurs — des spectateurs, participants actifs, qui par leurs réactions et interactions vont aussi influencer sur le jeu des acteurs et le déroulé de l'histoire. Cette pièce de théâtre se joue en plusieurs représentations dont la mise en scène diffère en fonction des acteurs et du public en présence, des éclairages de la scène ainsi que de la salle où est jouée la pièce. Cette pluralité des représentations correspond à une pluralité des réalités qui composent, telles les pièces d'une mosaïque, une réalité complexe et multifacettes. C'est cette mosaïque de représentations — on pourrait dire de « morceaux de réalités » — mises en lien dans un espace psychique collectif et renvoyées au patient, à sa famille et aux partenaires du réseau, qui va permettre au patient mais aussi à tous les protagonistes (famille, soignants, professionnels du réseau), de se libérer d'images figées, de voir la situation autrement, et d'en envisager différemment l'évolution. L'équipe mobile va apporter des éclairages différents et mettre sous le feu des projecteurs, dans le théâtre des représentations, des « réalisations/réalités » restées dans l'ombre ou en devenir qui viennent témoigner et conforter l'existence d'un possible. À partir de là, une autre trajectoire se dessine et le sujet peut échapper à un destin tout tracé par les autres et lui-même. Il peut activer certaines pièces de la mosaïque ou en créer de nouvelles...

Conclusion

L'évaluation de notre activité d'équipe mobile allant à la rencontre des jeunes et de leurs familles, peut aider à mieux comprendre l'efficacité de ce type de dispositif, notamment dans son adaptation à certaines indications, comme celles relevant de la clinique de la non-demande, avec un intérêt aussi bien pour la pratique clinique que pour la recherche. Elle a déjà permis, dans le cadre de la recherche-action que nous menons, de mettre en évidence l'importance de l'alliance thérapeutique en tant que facteur prédictif d'évolution favorable, et des changements d'environnements relationnel et physique (notamment le changement de lieux). Il apparaît aussi nécessaire d'évaluer les résultats obtenus avec les équipes mobiles, en différenciant les missions de prévention, d'accès aux soins et de soins. Ainsi, il est intéressant de savoir, d'une part pour les missions de prévention ou de soins, si la mobilisation des symptômes a bien perduré, ce d'autant que le nombre d'interventions pour les équipes mobiles est habituellement limité, et d'autre part, pour les missions d'accès aux soins, si les relais thérapeutiques mis en place ont bien tenu.

Par ailleurs, l'évaluation inhérente à la recherche, avec ses outils et cadres de passation, permet d'introduire un tiers aussi bien pour le jeune, sa famille, l'équipe

mobile ou ses partenaires, qui peut contribuer à la construction d'une alliance thérapeutique. Par rapport à la famille du préadolescent/adolescent, les échelles d'évaluation exercent très souvent un effet rassurant par leur dimension même d'évaluation, mais aussi parce qu'elles créent une triangulation vécue comme moins culpabilisante pour les parents. De plus, la recherche, à partir des questions adressées aux familles, leur reconnaît implicitement un savoir, et renvoie à une posture de non-savoir médical (le médecin étant typiquement détenteur ou « supposé » être détenteur de la connaissance) qui permet de nous dégager d'une position d'expert confinant notre rencontre avec les familles, et les identités de chacun, à une relation soignant-soigné.

La recherche et les évaluations peuvent aussi nous aider à mieux faire connaître, diffuser et promouvoir ces dispositifs d'équipe mobile, ainsi qu'à transmettre un savoir-faire. Mais la recherche permet également d'interroger nos pratiques d'équipe mobile et leurs limites, et de pouvoir ainsi remettre en question certains aspects de leur fonctionnement. Si l'analyse descriptive de nos résultats rend compte que les changements de binômes sont majoritairement bien perçus par les familles et les préadolescents/adolescents, il reste cependant à mener une étude rigoureuse comparant des suivis avec et sans changement de binômes, comme on a pu le faire pour les suivis avec et sans changement de lieux.

Les apports de la recherche-action et l'évaluation de nos pratiques contribuent ainsi à faire évoluer ces dispositifs. L'intérêt des équipes mobiles est la mobilité non seulement du cadre proposé et du processus, mais aussi du projet qui permet d'inscrire et maintenir notre travail dans une dynamique de vie.

Liens d'intérêt les auteures déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

1. Tordjman S, Garcin V (dir.). *Les équipes mobiles auprès des adolescents en difficulté*. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2010.
2. Levinas E. *Éthique et infini*. Paris : Le Livre de Poche, 1984.
3. Tordjman S. Expérience d'une équipe mobile pour préadolescents et adolescents : importance des changements d'environnement physique et relationnel. *L'Information Psychiatrique* 2016 ; 9 : 389-95.
4. Tordjman S, Wiss M (dir.). *À la rencontre des jeunes en souffrance*. Louvain-la-Neuve : De Boeck, 2014.
5. Favret L. *L'étude de la conformité du cadre institutionnel d'une équipe mobile de la pédopsychiatrie à la population adolescente non-demandeuse*. [Thèse de Médecine, Université de Rennes 1], 2014.
6. Shirk SR, Karver M. Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2003 ; 71 : 452-64.
7. Wiss M, Tordjman S. Creating a "social zeitgeber" to synchronize family emotional rhythms : A new therapeutic approach in child and adolescent psychiatry. *Journal of Physiology Paris* 2016 ; 110 : 480-6.

Annexe A. Questionnaire d'alliance thérapeutique – version parent
(Kermarrec S, Kabuth B, Bursztejn C, Guillemin F. French adaptation and validation of the Helping Alliance
Questionnaires for child, parents and therapist. The Canadian Journal of Psychiatry 2006 ; 51: 913-922)

Père ☐Mère ☐

Une personne peut réagir face à une autre personne de différentes manières. Voici ci-dessous une liste de ces réactions possibles.

Veuillez indiquer votre position à propos des relations actuelles de votre enfant avec l'équipe mobile. Cochez une seule case par ligne.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
1. Je pense que l'équipe mobile apporte une aide à mon enfant	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Je pense que mon enfant n'aime pas l'équipe mobile	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Je pense que le traitement (consultations, entretiens, médicaments...) fait du bien à mon enfant	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Maintenant mon enfant comprend mieux les choses	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Depuis quelque temps, mon enfant se sent mieux	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. J'ai l'impression que les problèmes de mon enfant continuent malgré le traitement	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. J'ai l'impression que mon enfant peut compter sur l'équipe mobile	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Je crois que l'équipe mobile ne comprend pas mon enfant	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. J'ai l'impression que l'équipe mobile veut que mon enfant s'en sorte	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Je pense que l'équipe mobile et mon enfant font un bon travail ensemble	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Je crois que l'équipe mobile aime bien mon enfant	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Je crois que l'équipe mobile et mon enfant ont les mêmes idées sur ses problèmes	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. J'ai l'impression que mon enfant ne se comprend pas lui-même	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Pas du tout					Tout à fait
	1	2	3	4	5	6
Dans l'ensemble, je pense que mon enfant est bien dans sa peau	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Maintenant, je trouve que mon enfant va mieux	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Annexe B. Échelle ICG-sévérité (ICG : impression clinique globale)

(Guy W. ECDEU assessment manual for psychopharmacology. Rockville, 1976)

En fonction de votre expérience, quel est, selon vous, le niveau de gravité des difficultés actuelles ?

- ☐ 0 non évaluées
- ☐ 1 normal, pas du tout de difficultés
- ☐ 2 à la limite
- ☐ 3 légères
- ☐ 4 modérées
- ☐ 5 manifestation en difficulté
- ☐ 6 graves
- ☐ 7 se situerait parmi les personnes les plus en difficulté