

Equipe Mobile pour Adolescents

Une étude pilote évaluant l'efficacité et l'impact des événements de vie aversifs

Sébastien Urban^a, Vanessa Baier^b, Elisa Geiser^c, Esperanza Senent^b, Fabienne Dutoit^b, Laurent Holzer^{b, d}

^a Unité de Recherche, Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA), Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, (CHUV), Lausanne, Switzerland

^b Equipe Mobile pour Adolescents, SUPEA, CHUV, Lausanne, Switzerland

^c Etudiante à l'Université de Lausanne, Faculté de Biologie et Médecine, Lausanne, Switzerland

^d Centre Thérapeutique de Jour pour Adolescents, SUPEA, CHUV, Lausanne, Switzerland

Funding / potential competing interests: No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article were reported.

Summary

Mobile Team for Adolescents: a pilot study assessing effectiveness and the impact of adverse life events

Background: Established in 2005, the “Équipe Mobile pour Adolescents” (Mobile Team for Adolescents, EMA) is dedicated to the care of adolescents who are at high psychopathological risk and who are not properly catered for by the conventional child and adolescent psychiatry system. Any desired development of this provision would require an assessment of the clinical results obtained.

Methodology: An open prospective pilot study based on a sample of 20 adolescents aged 13 to 18 under the ongoing care of EMA. Scores based on the “Health of the Nation Outcome Scale for Children and Adolescents” (HoNOSCA) were recorded before and after the ongoing care in the community with a view to quantifying the effect of the intervention. Both the total duration involved and the number of individual interventions were noted with a view to studying the dose-response effect. As a final measure, details were taken of any adverse life events with a view to understanding their effects on the results of the ongoing care (as measured by changes in the HoNOSCA scores).

Results: A clear improvement in clinical terms was revealed by the HoNOSCA assessment (total score and subscores: symptoms and social context). By contrast, we only identified a very small dose-response effect as far as the EMA intervention was concerned. A final finding was that adolescents who had experienced several adverse life events during childhood appear to benefit more from the EMA intervention as a result.

Conclusion: This study supports the clinical effectiveness of the care provided by EMA in terms of child and adolescent psychiatry. It also suggests that adolescents with a history of adverse life events derive considerable benefit from this kind of intervention.

Key words: adolescents, psychiatric problems, adverse life events, mobile teams, Health of the Nation Outcome Scale for Children and Adolescents (HoNOSCA)

Introduction

Les premiers modèles de psychiatrie mobile datent des années 1960, période durant laquelle on observe la première vague de désinstitutionnalisation. Ce principe de désinstitutionnalisation consiste à traiter des personnes présentant des troubles psychiatriques dans leur milieu de vie, l'hospitalisation étant limitée à quelques périodes dans le parcours du patient. La littérature médicale ne permet pas d'affirmer que le traitement ambulatoire, y compris au domicile, soit supérieur au traitement hospitalier [1]. Toutefois, le traitement ambulatoire est comparable en efficacité et en efficacité, y compris pour les pathologies les plus complexes. De plus, le

traitement ambulatoire à domicile est bien accepté par les patients et leur entourage, voire même préféré dans certaines situations [1].

La prévalence des troubles psychiatriques chez les adolescents est estimée à 20% [2]. De plus, parmi les personnes développant des troubles dans l'enfance ou dans l'adolescence, 40% d'entre eux auront encore besoin de soins à l'âge adulte [3]. D'autre part, trois quarts des pathologies psychiatriques qui s'observent à l'âge adulte ont débuté avant l'âge de 18 ans [4]. Plus particulièrement, il a été constaté que parmi les mineurs présentant des troubles psychiatriques, seule une minorité a accès aux soins et que cette minorité ne représente pas nécessairement les cas les plus lourds [5]. Aussi, nous pouvons imaginer en ce qui concerne la pédopsychiatrie, que les interventions dans le milieu vont probablement prendre de l'ampleur durant les prochaines années.

Dans ce contexte, à Lausanne (Suisse), l'Equipe Mobile pour Adolescents (EMA, anciennement nommée Antenne d'Intervention dans le Milieu pour Adolescents: AIMA) a été fondée en 2005. Initialement, l'EMA était destinée aux adolescents à haut risque psychopathologique qui échappaient au système des soins psychiatriques classiques ou qui refusaient les mesures de soins qui leur étaient proposées. Par la suite, les indications à un suivi EMA ont été étendues aux adolescents suivis par les Services de Protection de la Jeunesse (SPJ), notamment ceux placés en foyer socio-éducatif, le Service d'Enseignement Spécialisé et d'Appui à la Formation (SESAF), voire le Tribunal des Mineurs (TM). Comme la plupart des équipes mobiles, l'EMA a été conçue pour intervenir dans des contextes de crise, mais également pour tenter de prévenir la crise. L'intervention peut avoir lieu rapidement et intensivement, et être limitée dans le temps, ou s'étendre sur plusieurs mois. Lors de ces prises en charge, l'EMA prend en compte les spécificités de la situation, l'état du réseau afin de le remobiliser de le rendre à nouveau fonctionnel, tout en évitant de se substituer à lui.

L'intervention dans le milieu apporte de nombreux avantages (continuité des soins et du lieu de vie, implication

Correspondance:

Sébastien Urban, PhD

Unité de Recherche

Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA)

Bugnon 25A

CH-1011 Lausanne

Suisse

sebastien.urben[at]chuv.ch

au quotidien des proches, aide à l'insertion sociale, intervention moins stigmatisante, etc.) et devrait avoir un rapport coût/efficacité favorable. De plus, des résultats cliniques encourageants ont été reportés concernant le modèle de soin de type «EMA» [6]. En effet, l'évaluation en «pré/post» effectuée auprès de 35 patients âgés de 12 à 18 ans souffrant de différents troubles psychiatriques tels que la psychose, les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et les troubles des conduites a mis en évidence une amélioration globale des problèmes physiques, personnels et sociaux associés à la maladie mentale. Toutefois, dans cette précédente recherche, l'étude de l'effet dose-réponse n'a pas pu être effectuée. Aussi, un des objectifs de cette étude est d'évaluer cette dimension.

Le nombre croissant de sollicitations de l'EMA pour des adolescents placés dans des foyers socio-éducatifs avec un parcours de vie compliqué nous amène à considérer l'exposition à des événements de vie potentiellement traumatiques. Plusieurs raisons nous font supposer que l'exposition à des traumatismes ou des événements de vie indésirables¹ (*adverse life events* dans la littérature anglosaxonne) a un impact négatif sur les patients pédopsychiatriques. D'une part, certains travaux suggèrent que les événements de vie indésirables ou difficiles dans l'enfance représentent un facteur prédictif pour le développement de troubles psychiques et psychosomatiques à l'âge adulte [7]. Ainsi, il a été montré que les adolescents ayant vécu des événements de vie indésirables sont plus enclin à avoir des troubles psychopathologiques telles que la dépression, l'anxiété, le syndrome de stress post-traumatique [9, 10], des problèmes relationnels ou des consommations abusives d'alcool et de drogues [11]. D'autre part, il a été objectivé que des enfants exposés à des mauvais traitements présentent plus de symptômes externalisés à l'admission dans un traitement psychiatrique et sont plus susceptibles d'arrêter leur traitement [12]. Dans ce contexte, un autre but de notre étude est d'explorer l'influence des événements de vie indésirables sur les bénéfices cliniques.

Cette étude pilote est une première étape afin d'évaluer l'efficacité clinique de l'EMA, et de déterminer le plus précisément possible quels sont les domaines (par ex. comportement, contexte social, troubles, symptômes) améliorés par les intervenants de l'EMA. Plus spécifiquement, nous avons pour objectif d'explorer l'effet dose-réponse de l'intervention EMA ainsi que de connaître l'influence des événements de vie indésirables sur les bénéfices de l'intervention d'une équipe mobile.

Méthode

Il s'agit d'une étude pilote ouverte, reposant sur l'analyse des dossiers médicaux constitués de manière prospective.

Population

L'échantillon étudié comprend 20 adolescents (10 filles et 10 garçons) de 13 à 18 ans pris en charge durant une année par l'EMA et dont le suivi a été terminé. Les critères pour bénéficier d'un suivi étaient les suivants: avoir une patho-

logie mentale compromettant l'insertion sociale et scolaire et échapper ou refuser les soins pédopsychiatriques traditionnels. De plus aucune sélection diagnostique n'était effectuée, tous les adolescents adressés à l'EMA pouvaient être pris en charge quelle que soit leur pathologie. Parmi ces 20 patients, 19 étaient déscolarisés. Au moment de leur prise en charge, 7 adolescents étaient déjà sous médication pour des symptômes psychiatriques (antidépresseurs: 1; anxiolytiques: 1; antidépresseurs + anxiolytiques: 1; neuroleptiques atypiques: 4). Concernant les hypothèses diagnostiques émises au début du suivi EMA: 9 souffraient d'un trouble anxio-dépressif, 4 d'un trouble du comportement, 3 d'un trouble de la personnalité, 2 d'un trouble psychotique, 1 d'une dépendance aux substances et 1 n'avait pas de diagnostic.

Considération éthique

Cette étude a été soumise à la déclaration de non-objection délivrée par la Commission d'éthique pour la recherche du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) et au visa du Directeur médical du CHUV pour la levée du secret professionnel à des fins de recherche.

Intervention

Ces 20 adolescents ont tous été suivis par l'EMA; équipe pluridisciplinaire constituée d'une pédopsychiatre, d'une assistante sociale et d'une infirmière qui bénéficie également de l'appui d'un pédopsychiatre institutionnel, d'un éducateur, d'assistantes sociales, et d'une enseignante spécialisée. L'intervention se fait sur un modèle assertif, flexible et limité dans le temps, avec de fréquentes rencontres (pouvant aller jusqu'à 2 fois/jour, 5 jours/semaine) et de nombreux contacts téléphoniques (avec le jeune ou ses proches). Les rencontres ont lieu dans l'environnement de l'adolescent (par ex. à la maison, à l'école, dans un foyer, voire dans la rue). Les interventions se déroulent en étroite collaboration avec les autres professionnels déjà impliqués dans la situation, et avec une sollicitation directe de la famille dans le traitement. En moyenne, les suivis ont duré 5 mois et 3 semaines. Le plus court suivi étant de 1 mois et une semaine et le plus long d'une année et une semaine. En moyenne, les intervenants ont eu 15 rencontres avec le patient (minimum 4 et maximum 32). Ces rencontres peuvent prendre différentes formes: visite à domicile en présence ou non d'autres membres de la famille, visite au foyer, entretien au bureau de l'intervenant EMA, rencontre dans le milieu (en ville, dans un café), accompagnement à l'école ou à un rendez-vous important, etc. De plus, les intervenants de l'équipe mobile ont assisté à une moyenne d'un peu plus de 4 réseaux au sujet de l'adolescent en question. Le rôle des soignants consiste à établir une alliance thérapeutique avec le jeune, évaluer les problèmes psychiatriques nécessitant une prise en charge, déterminer les objectifs du suivi, planifier l'intervention et la réaliser.

1 Les événements de vie indésirables incluent la guerre, des catastrophes naturelles, le divorce des parents, la maladie, la mort (d'un membre de la famille ou d'un ami) ou le fait d'être victime d'un abus [7, 8].

Tableau 1 Description des données HoNOSCA, moyennes (et écarts-types) et résultats des tests de Student pour échantillons appariés.

HoNOSCA	Avant	Après	t	p
Total ¹	20,85 (6,82)	17,00 (9,16)	2,21	0,040*
Comportement ²	0,93 (0,47)	0,93 (0,68)	0,000	1,00
Trouble ²	1,20 (0,91)	0,98 (0,77)	1,76	0,095
Symptômes ²	1,80 (0,69)	1,33 (0,91)	2,44	0,025*
Social ²	1,89 (0,59)	1,48 (0,73)	2,92	0,009**

¹ Somme des 13 premiers items.

² Moyenne des items constituant ces sous-échelles.

* p < 0,05.

** p < 0,01.

Mesures

Pour chaque adolescent, un médecin ou un soignant faisant partie de l'EMA a collecté des données cliniques et socio-démographiques et rempli de manière systématique l'«Health of the Nation Outcome Scale for Children and Adolescents» [HoNOSCA; 13] en évaluation pré- et post-suivi dans le milieu (T1: avant l'intervention EMA; T2: après l'intervention EMA).

L'HoNOSCA est un instrument validé et standardisé, qui a été développé afin de mesurer la santé mentale et les résultats d'actions entreprises dans le cadre clinique. La version française de l'HoNSOCA a été utilisée [14]. L'HoNOSCA se concentre sur des problèmes et des symptômes. Il est constituée de 15 items, chacun étant coté de 0 (= pas de problème durant la période considérée) à 4 (= problème grave à très grave). Le score total est la somme des 13 premiers items et il indique la sévérité de la pathologie mentale. Etant donné que les items 14 et 15 concernent le manque d'informations sur la pathologie et le réseau de soins plutôt que les difficultés du jeune, nous les avons exclus des analyses. De plus, leur fiabilité inter-juges a été remise en cause [15]. Afin d'être plus précis dans l'analyse des scores de l'HoNOSCA, les items de l'HoNOSCA peuvent être regroupés en différents sous-scores [13, 15]: les items 1 à 4 concernent les problèmes de comportement, les items 5 et 6 concernent le trouble, les items 7 à 9 sont liés aux symptômes et les items 10 à 13 concernent le contexte social. Etant donné que chacun de ces sous-scores ne comprend pas le même nombre d'items, nous avons calculé leur moyenne. Plus un score est élevé, plus les problèmes ou les symptômes sont graves.

Les événements de vie indésirables vécus par les adolescents ont eux aussi été collectés parmi les différentes données consignées par l'EMA. Une adoption, la séparation des parents, un abus sexuel ou physique, une «migration», une rupture sentimentale ou le décès d'un proche étaient considérés comme des événements de vie indésirables. Pour les analyses statistiques, l'échantillon a été séparé en deux par la médiane (médiane à 1,5; 0-1 événement de vie indésirable vs 2-3-4-5 événements de vie indésirables) afin de comparer ces groupes par rapport aux bénéfices de l'intervention d'EMA. Notons que parmi les adolescents ayant subi un seul événement de vie indésirable, pour la majorité d'entre eux il s'agissait de la séparation des parents.

Plan d'analyses

Les données collectées ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS version 20. La distribution des données a été examinée à l'aide de tests de Kolmogorov-Smirnov révélant une distribution normale. Ainsi, nous pouvons utiliser des tests statistiques paramétriques.

Dans un premier temps, nous avons vérifié l'effet de l'intervention à l'aide de tests de Student pour échantillons appariés sur les données de l'HoNOSCA (total ainsi que les différents sous-scores: comportement, symptôme, trouble et contexte sociale).

Dans un deuxième temps, nous avons étudié l'effet dose-réponse, aussi nous avons procédé à des analyses de corrélations (coefficient de Bravais-Pearson) entre les différences pré-post, le temps effectif de l'intervention EMA et le nombre d'interventions, sur les scores globaux et les sous-scores. De plus, nous avons effectué des analyses de corrélations entre les scores et les sous-scores de l'HoNOSCA au début de la prise en charge (T1) et la durée du suivi, afin de nous assurer que les liens possiblement observés ne viendraient pas du fait que ce sont les patients avec les scores les plus graves qui présenteraient ces liens.

Troisièmement, pour évaluer les effets des événements de vie indésirables, nous avons séparé l'échantillon en deux (par la médiane, voir description détaillée ci-dessus). Puis, à l'aide de tests de Student pour échantillons indépendants nous avons analysé les différences entre les groupes «événements de vie indésirables» sur les changements sur les scores de l'HoNOSCA (T1-T2: un score positif reflète donc une amélioration). Nous avons également effectué des tests de Student sur les scores en T1 afin de nous assurer que ce ne sont pas les adolescents avec le plus grand potentiel d'amélioration (score HoNOSCA le plus élevé) pour lesquels nous trouverions une différence sur les scores de changements.

Résultats

Le score total de l'HoNOSCA diminue de manière significative ($p = 0,040$) après l'intervention de l'EMA (tab. 1). Plus spécifiquement, les sous-scores qui concernent les symptômes ($p = 0,025$) et le contexte social ($p = 0,009$) s'améliorent de manière significative. En ce qui concerne le score «trouble», on peut noter une tendance à s'améliorer ($p = 0,095$), quant au score «comportement», il n'évolue pas ($p = 1,00$).

On n'observe dans le tableau 2 aucune corrélation significative entre la durée du suivi EMA et l'amélioration de l'HoNOSCA ou un de ses sous-scores. Et aucune corrélation significative non plus entre le nombre d'entretiens et l'amélioration de l'HoNOSCA. La seule corrélation significative et positive ($p = 0,027$) que l'on constate est entre le nombre de réseaux et l'amélioration du trouble, ce qui signifie que plus le nombre de réseaux est important, plus on constate une amélioration de l'HoNOSCA relative au trouble. La seule corrélation significative et négative qui est observée avec les scores en T1 (avant l'intervention) est entre la durée du suivi et le score «symptômes» ($r = -0,529$; $p = 0,017$), ce qui veut dire que plus un patient sera coté avec un grand score de symptômes à l'entrée de la prise en charge plus son suivi sera long.

Tableau 2

Présentation des corrélations (et p-valeur) des scores d'HoNOSCA avec les mesures du suivi.

Mesures du suivi	HoNOSCA				
	Total	Comportement	Trouble	Symptômes	Social
Durée du suivi	-0.222 (0.348)	-0.188 (0.427)	-0.358 (0.121)	-0.169 (0.476)	-0.136 (0.566)
Nombre d'entretiens	0.009 (0.970)	-0.120 (0.614)	-0.137 (0.566)	0.068 (0.776)	0.094 (0.693)
Nombre de rendez-vous raté (sans excuses)	-0.299 (0.201)	-0.149 (0.531)	-0.327 (0.159)	-0.250 (0.288)	-0.291 (0.214)
Nombre de rendez-vous raté (avec excuses)	-0.074 (0.755)	0.146 (0.539)	-0.193 (0.415)	-0.140 (0.556)	-0.129 (0.588)
Nombre de réseaux	0.337 (0.147)	0.221 (0.350)	0.492* (0.027)	0.317 (0.174)	0.216 (0.360)

N = 20.

* p < 0,05.

L'analyse de l'influence des événements de vie indésirables nous indique (voir le tab. 3) une amélioration significativement plus importante ($p = 0,016$) de l'HoNOSCA totale chez les patients ayant subi 2–5 événements de vie indésirables par rapport à l'amélioration de l'HoNOSCA des patients ayant subi zéro ou un seul événement de vie indésirable. Le sous-score de l'HoNOSCA qui s'améliore le plus parmi les patients ayant subi 2–5 événements de vie indésirables est celui qui concerne le comportement ($p = 0,033$) et ensuite celui qui concerne les symptômes ($p = 0,019$). Notons que nous n'avons observé aucune différence significative entre les scores HoNOSCA à l'admission entre ces deux différents groupes, indiquant que ce ne sont pas les adolescents avec le plus grand potentiel d'amélioration (score HoNOSCA le plus élevé) qui bénéficient le plus de la prise en charge EMA.

Discussion

Le but de cette étude est de documenter l'efficacité clinique de la prise en charge pédopsychiatrique par l'Equipe Mobile pour Adolescents (EMA). Nous nous sommes intéressés plus particulièrement à évaluer l'effet dose-réponse du travail thérapeutique d'EMA. De plus, nous avons pour but d'explorer les effets des événements de vie aversifs sur les résultats cliniques. Ainsi, nos résultats mettent en évidence une nette amélioration des problèmes physiques personnels et sociaux associés à la maladie mentale, évalués à l'aide de l'HoNOSCA. Par ailleurs, nous n'avons observé qu'un lien entre le nombre de réseaux et les bénéfices cliniques (plus spécifiquement sur le score «troubles» de l'HoNOSCA). De plus, nous avons également mis en évidence que les ado-

lescents ayant subi plusieurs événements de vie indésirables pendant l'enfance semblent bénéficier de manière plus importante de l'intervention de l'EMA.

Les résultats montrent donc une nette amélioration du score global de l'HoNOSCA et plus particulièrement des items concernant les symptômes et le contexte social. Ces résultats qui montrent une amélioration globale de l'état psychique et physique des adolescents sont très encourageants pour la pratique de la pédopsychiatrie mobile et vont dans le même sens que d'autres études prouvant l'efficacité des équipes mobiles en psychiatrie adulte [16] et auprès des jeunes [6, 17]. Plus spécifiquement, l'amélioration des symptômes peut être mise en lien avec les objectifs du traitement qui mettent l'accent de manière prioritaire sur la réduction de la symptomatologie entravant le fonctionnement psychosocial de l'adolescent. Quant à l'amélioration du contexte social, elle peut être liée aux spécificités de la prise en charge de type «EMA». En effet, les équipes mobiles ont pour principe de solliciter l'entourage et d'aider le jeune à maintenir ou à se réengager dans un processus de socialisation, dans le but justement d'améliorer le fonctionnement social et de relancer le processus de développement adolescente. Une des missions prioritaires de l'EMA est de travailler en se basant sur un modèle de soin communautaire et de rendre ainsi à nouveau fonctionnel un réseau épuisé ou dysfonctionnel sans pour autant se substituer à lui.

Un objectif spécifique était d'évaluer s'il existe un effet dose-réponse, en d'autres termes: est-ce que la durée de la prise en charge et son intensité (le nombre d'entretiens ou d'interventions) améliorent les résultats cliniques? Nous n'avons observé aucune corrélation significative entre la durée du suivi de l'EMA ou le nombre d'entretiens et l'amélioration des difficultés du jeune telles que cotées à l'HoNOSCA. Ce résultat pourrait provenir du fait que chaque adolescent est différent et ils ne progressent pas tous au même rythme, certains ont donc probablement besoin de plus de temps pour évoluer. De plus, une autre explication vraisemblable est une inversion de la relation de causalité. En effet, les adolescents les plus difficiles à soigner vont demander plus d'investissement et nécessiteront ainsi des «doses» plus élevées d'intervention de l'EMA pour arriver aux mêmes résultats cliniques. Par ailleurs, cette absence d'effet dose-réponse est consistant avec une étude précédente qui reportait qu'en pédopsychiatrie la durée du suivi n'était pas un élément suffisant pour guider la suite de la prise charge des adolescents [18]. Toutefois, nous avons

Tableau 3

Descriptif des scores de différences: moyenne (et écarts-types) en fonction du nombre d'événements de vie indésirables et résultats des tests de Student pour échantillons indépendants

HoNOSCA	0–1 événement indésirable	2–5 événements indésirables	t	p
Total	-0.01 (0.50)	0.61 (0.54)	-2.67	0.016*
Comportement	-0.30 (0.48)	0.30 (0.66)	-2.30	0.033*
Trouble	0.05 (0.60)	0.40 (0.52)	-1.40	0.179
Symptômes	0.03 (0.76)	0.90 (0.74)	-2.59	0.019*
Social	0.18 (0.52)	0.64 (0.67)	-1.72	0.102

* p < 0,05.

constaté un lien significatif entre un plus grand nombre de rencontre de réseau et une meilleure amélioration du trouble. Ce résultat indique peut-être que plus les différents intervenants prennent le temps de discuter et réfléchir à la situation de l'adolescent et se coordonner, plus cela s'avère bénéfique pour lui. Cette constatation est souvent faite dans la pratique clinique. En effet, lorsqu'un intervenant EMA est sollicité dans une situation, le réseau est souvent épuisé, dysfonctionnel ou ne communique plus. Il n'est alors pas rare de constater que lorsque le réseau communique et avance sur une base commune, qui fait sens dans la situation du jeune, celui-ci a tendance à être plus disposé à entrer en relation et donc par la suite accepter les soins proposés. Plus généralement, cette observation montre l'intérêt de remobiliser le réseau, de travailler dans une vision communautaire du soin, une des spécificités du travail d'EMA. En effet, EMA se propose non pas de se substituer au réseau existant mais de l'étayer ou de le réactiver. Aussi, ce lien suggère l'intérêt de travailler de cette manière auprès d'adolescents en rupture de soin.

Un autre élément intéressant qui ressort de notre étude est le fait que les adolescents, ayant vécu plusieurs événements de vie indésirables durant leur enfance, bénéficient de manière plus importante de l'intervention dans le milieu. Cette observation est à prendre avec beaucoup de réserves étant donné que les événements de vie indésirables ont été collectés de manière anamnétique et non pas par un questionnaire standardisé. Mais si à l'avenir cette observation se confirme, elle pourrait être prise en compte comme un témoin du potentiel d'amélioration important de cette population, parmi laquelle se trouve une partie non négligeable des futurs patients psychiatriques adultes [7]. Elle confirme que cette population, comme tous les adolescents en souffrance psychique, a grandement besoin de soins et est susceptible d'en bénéficier. Ce résultat va dans le même sens que ceux d'une étude précédente qui suggère qu'inclure les parents dans la prise en charge des enfants ayant subi des événements indésirables est bénéfique pour eux [19] ce qui est justement le cas dans le travail thérapeutique d'EMA. Par ailleurs, une étude menée sur des adultes souffrant de dépression s'est intéressée à connaître l'influence des événements de vie indésirables et du style de personnalité sur les bénéfices cliniques [20]. Cette étude montrait que l'interaction entre les événements de vie indésirables et le style de personnalité permettait de prédire les bénéfices cliniques. En effet, lorsque ces deux aspects sont congruents [par ex. une personne avec un style d'attribution externe (*locus of control* dans la littérature anglosaxonne) perdant un être cher (événement de vie indésirable externe)], la réponse au programme psychothérapeutique est meilleure. Les auteurs de cette étude émettent l'hypothèse que la congruence permet à l'individu de mieux comprendre les raisons de son mal-être et ainsi de mieux réagir au traitement psychothérapeutique. Dans le contexte de notre étude, nous pouvons imaginer que les adolescents ayant subi plusieurs événements de vie indésirables profitent d'autant plus de la prise en charge thérapeutique d'EMA du fait que les événements «imposés» aux jeunes ont influencé le style de personnalité des jeunes. En effet, nous pouvons émettre l'hypothèse que ces jeunes développent ainsi un contrôle externe. Aussi, la

congruence entre leur style de personnalité (contrôle externe) et les événements de vie indésirables (externe dans notre étude: adoption, la séparation des parents, un abus sexuel ou physique, une «migration», ou le décès d'un proche) permet à ces jeunes de profiter davantage de la prise en charge de l'EMA. Toutefois, cette hypothèse reste à vérifier, notamment en mesurant les traits de personnalité des jeunes pris en charge par l'EMA, par exemple.

Les biais et limites potentiels de cette étude sont nombreux. Tout d'abord, les évaluations ont été effectuées par les soignants eux-mêmes et non pas par un tiers extérieur, bien que les soignants aient plutôt tendance à être sévères envers eux-mêmes. Un autre biais méthodologique est lié à la manière de récolter les événements de vie indésirables dans l'enfance qui était effectué de manière anamnétique par les soignants. D'autre part, l'absence d'un groupe contrôle, de randomisation et d'évaluation en aveugle ne permet pas de démontrer formellement l'efficacité de l'intervention. Un autre biais potentiel est lié au facteur temps, avec une possible amélioration spontanée. En outre, les adolescents adressés à l'EMA, et suivis par elle, n'ont pas tous la même pathologie et constituent une population hétérogène. Nous n'avons pas pu mesurer des effets différentiels d'efficacité selon les diagnostics en raison de la taille limitée de l'échantillon. A l'avenir, il serait très intéressant et utile de pouvoir refaire ce genre d'étude avec un plus grand nombre de patients, afin de voir si l'on arrive aux mêmes conclusions.

Conclusion

Sur la base de cette étude pilote, nous pouvons présumer de l'efficacité clinique de la prise en charge pédopsychiatrique par l'EMA, ce qui constitue un argument important et utile pour la suite puisque c'est un dispositif relativement récent (2005) et encore en développement. Ces résultats sont très encourageants pour les personnes travaillant au sein de ces équipes mobiles pédopsychiatriques, pour les proches des patients et pour les patients eux-mêmes, même s'ils demandent à être validés dans un second temps, par d'autres études de plus grande envergure ou plus spécifiques.

Pour les années à venir, de nouvelles perspectives s'ouvrent. En effet, une extension des prestations de type EMA a été proposée pour l'ensemble du canton de Vaud. Au vue de l'importance grandissante dans les soins pédopsychiatriques actuels que prennent les équipes mobiles, il apparaît indispensable de poursuivre les efforts d'évaluation à travers de nouvelles études et d'adapter les modalités de prise en charge en fonction des réels besoins des patients et de leur entourage.

Références

1. Tordjamm S, Garcin V. Les équipes mobiles auprès des adolescents en difficulté. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2009.
2. Gau SS, Chong MY, Chen TH, Cheng AT. A 3-year panel study of mental disorders among adolescents in Taiwan. *Am J Psychiatry*. 2005;162(7):1344-50.
3. Hofstra MB, van der Ende J, Verhulst FC. Child and adolescent problems predict DSM-IV disorders in adulthood: a 14-year follow-up of a Dutch epidemiological sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41(2):182-9.

- 4 Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(7):709–17.
- 5 Bonsack C, Holzer L, Stancu I, Baier V, Samitca M, Charbon Y, et al. [Psychiatric mobile teams for the three ages of life: the Lausanne experience]. *Rev Med Suisse*. 2008;4(171):1960–2, 4–6, 8–9.
- 6 Baier V, Favrod J, Ferrari P, Koch N, Holzer L. Early tailored assertive community case management for hard-to-engage adolescents suffering from psychiatric disorders: an exploratory pilot study. *Early Interv Psychiatry*. 2013;7(1):94–9.
- 7 Pitzner JK, Drummond PD. The reliability and validity of empirically scaled measures of psychological/verbal control and physical/sexual abuse: relationship between current negative mood and a history of abuse independent of other negative life events. *J Psychosom Res*. 1997;43(2):125–42.
- 8 McFarlane AC, Atchison M, Rafalowicz E, Papay P. Physical symptoms in post-traumatic stress disorder. *J Psychosom Res*. 1994;38(7):715–26.
- 9 Lu L. University transition: major and minor life stressors, personality characteristics and mental health. *Psychol Med*. 1994;24(1):81–7.
- 10 Nolen-Hoeksema S, Girgus JS, Seligman ME. Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: a 5-year longitudinal study. *J Abnorm Psychol*. 1992;101(3):405–22.
- 11 Somasundaram DJ, Sivayokan S. War trauma in a civilian population. *Br J Psychiatry*. 1994;165(4):524–7.
- 12 Lau AS, Weisz JR. Reported maltreatment among clinic-referred children: implications for presenting problems, treatment attrition, and long-term outcomes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42(11):1327–34.
- 13 Gowers SG, Harrington RC, Whitton A, Lelliott P, Beevor A, Wing J, et al. Brief scale for measuring the outcomes of emotional and behavioural disorders in children. Health of the Nation Outcome Scales for children and Adolescents (HoNOSCA). *Br J Psychiatry*. 1999;174:413–6.
- 14 Holzer L, Tchamadjeu IK, Plancherel B, Bolognini M, Rossier V, Chinet L, et al. Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD) vs Health of Nation Outcome Scale for Children and Adolescents (HoNOSCA) in clinical outcome measurement. *J Eval Clin Pract*. 2006;12(5):482–90.
- 15 Pirkis JE, Burgess PM, Kirk PK, Dodson S, Coombs TJ, Williamson MK. A review of the psychometric properties of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) family of measures. *Health Qual Life Outcomes*. 2005;3:76.
- 16 Rosen A, Mueser KT, Teesson M. Assertive community treatment-issues from scientific and clinical literature with implications for practice. *J Rehabil Res Dev*. 2007;44(6):813–25.
- 17 Schley C, Yuen K, Fletcher K, Radovini A. Does engagement with an intensive outreach service predict better treatment outcomes in 'high-risk' youth? *Early Interv Psychiatry*. 2012;6(2):176–84.
- 18 Bickman L, Andrade AR, Lambert EW. Dose response in child and adolescent mental health services. *Ment Health Serv Res*. 2002;4(2):57–70.
- 19 Ghosh Ippen C, Harris WW, Van Horn P, Lieberman AF. Traumatic and stressful events in early childhood: can treatment help those at highest risk? *Child Abuse Negl*. 2011;35(7):504–13.
- 20 Mazure CM, Bruce ML, Maciejewski PK, Jacobs SC. Adverse life events and cognitive-personality characteristics in the prediction of major depression and antidepressant response. *Am J Psychiatry*. 2000;157(6):896–903.