

**Guide des politiques et
des services de santé mentale**

**POLITIQUES ET PLANS RELATIFS À LA
SANTÉ MENTALE DE L'ENFANT ET DE
L'ADOLESCENT**

Les enfants sont notre avenir. Des politiques et plans bien conçus permettent aux gouvernements de promouvoir la santé mentale des enfants dans l'intérêt des familles, de la communauté et de la société tout entière.



**Organisation
mondiale de la Santé**

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Politiques et plans relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent.

(Guide des politiques et des services de santé mentale)

1.Santé mentale 2.Choix d'une politique 3.Service santé adolescent - législation
4.Service santé infantile - législation 5.Justice sociale 6.Directives planification
santé I.Organisation mondiale de la Santé II.Série.

ISBN 92 4 254657 7

(Classification NLM: WM 34)

Les informations relatives à la présente publication peuvent être obtenues auprès de :

Dr Michelle Funk
Politique de Santé mentale et développements des services
Département de la Santé mentale et de l'abus de substances psychoactives
Organisation Mondiale de la Santé
Genève, Suisse
Tél : + 4122 791 3855
Fax : + 41227914160
E. mail : Funkm @ who.int

© Organisation mondiale de la Santé 2005

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 2476 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Remerciements

Le document intitulé Directives pour l'élaboration de la politique et l'organisation des services en matière de santé mentale a été produit sous la direction du Dr Michelle Funk, coordinatrice, de la politique de santé mentale et développement des services, sous la supervision du Dr Benedetto Saraceno, Directeur de la Santé mentale et de l'abus de substances psychoactives de l'Organisation Mondiale de la Santé.

L'Organisation Mondiale de la Santé reconnaît sincèrement le travail du Professeur Alan Flisher de l'Université du Cap, Observatoire, Afrique du Sud et du Dr Stuart Lustig de la Harvard Medical School, Etats-Unis d'Amérique, qui ont préparé le présent module.

Groupe éditoriale et de coordination technique

Dr Michelle Funk, (siège de l'OMS), Dr Myron Belfer, (siège de l'OMS), Mme Natalie Drew, (Siège de l'OMS), Dr Benedetto Saraceno, (Siège de l'OMS) Professeur Peter Birlson, Directeur de la Santé mentale de l'Enfant et de l'Adolescent, Victoria, Melbourne, Australie, Dr Itzhak Levav, Services de la Santé mentale, Ministère de la Santé, Jérusalem, Israël et Mlle Basia Arnold, Direction de la Santé mentale, Ministère de la Santé, Nouvelle-Zélande.

Assistance technique

Dr Thomas Barrett (Siège de l'OMS), Dr José Bertolote (Siège de l'OMS), Dr JoAnne Epping Jordan (Siège de l'OMS), Dr Thérèse Agossou, Conseiller régional par intérim, Santé mentale, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (AFRO), Dr José Miguel Caldas de Almeida, Coordinateur de programme, Santé mentale, Bureau régional de l'OMS pour les Amériques (AMRO), Dr Claudio Miranda, Conseiller régional en Santé mentale (AMRO), Dr R.S. Murthy, Conseiller régional par intérim, Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale (EMRO), Dr Matt Muijen, Conseiller régional, Santé mentale, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (EURO), Dr Vijay Chandra, Conseiller régional, Santé mentale et de l'abus de substances psychoactives, Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est (SEARO), Dr Xiangdong Wang, Conseiller régional, Santé mentale et Pharmaco-dépendance, Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique Occidental, Manille, Philippines, (WPRO), Dr Hugo Cohen, Conseiller en promotion et protection de la santé, OMS, Mexique.

Appui administratif

Mlle Adeline Loo (Siège de l'OMS), Mme Anne Yamada (Siège de l'OMS), Mme Razia Yaseen (Siège de l'OMS).

L'OMS tient aussi à remercier les personnes dont les noms suivent pour leur expertise et leurs contributions techniques dans le cadre du présent module.

Dr Leah Andrews	Chargé de cours, Division de la Psychiatrie Université d'Auckland, Nouvelle-Zélande
Dr Julio Arboleda-Florez	Professeur et Chef du Département de Psychiatrie, Queen's University, Kingston, Canada
Dr Bernard S. Arons	Conseiller principal en Science auprès du Directeur, Institut national de Santé mentale, Bethesda, Etats-Unis d'Amérique
Dr Joseph Bediako Asare	Psychiatre en chef, Hôpital psychiatrique d'Aura, Ghana
Professeur Mehdi Bina	Professeur de la Psychiatrie de l'enfant, Université de Téhéran, République islamique d'Iran.
Professeur Peter Birleson	Directeur, Santé orientale, Services de la Santé mentale de l'enfant et de l'adolescent, Centre Wundeela, Victoria, Melbourne, Australie.
Dr Claudia Cayetano	Ministère de la Santé, Belmopan, Belize
Mlle Keren Corbett	Chef de Projet, Centre de Développement de la Santé mentale, Institut national de Santé mentale, Reddich, Worcestershire, Royaume-Uni
Dr Myrielle M. Gruz	Psychiatre, Programme national de la Santé mentale, Direction de la Santé, Santa Gruz, Manille, Philippines
Dr Paolo Delvecchio	Avocat des consommateurs, Direction américaine de la Santé et des Services humains, Washington DC, Etats-Unis d'Amérique
Professeur T.A.H. Doreleijers	Président de l'Association européenne de la Psychiatrie légale de l'enfant et de l'adolescent, de la Psychologie et des autres professions connexes et du Centre médical de l'Université VU, Institut de Pédologie, Duivendrecht, Pays-Bas
Dr Liknapichitkul Dusit	Directeur, Institut de la Santé mentale de l'enfant et de l'adolescent, Direction de la Santé mentale, Ministère de la Santé publique, Thaïlande
Dr John Fayyad	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Direction de la Psychiatrie et de la Psychologie, Hôpital St-George, Beyrouth, Liban
Dr Howard Goldman	Directeur de Programme, Association nationale de la Santé mentale, Institut de Recherche, Virginie, Etats-Unis d'Amérique
Dr Katherine Grimes	Professeur associé de Psychiatrie, Direction de la Psychiatrie, Harvard Medical School, Etats-Unis d'Amérique
Dr Pierre Klauser	Spécialiste en pédiatrie, Association médicale suisse, Genève, Suisse
Dr Krista Kutash	Professeur associé et directeur adjoint, Centre de Recherche et de Formation à la Santé mentale de l'Enfant, Institut Louis de la Part de la Santé mentale de Floride, Université de la Floride du Sud, Tampa, Etats-Unis d'Amérique
Dr Stan Kutcher	Doyen associé, Centre de recherche clinique, Université de Dalhousie, Halifax, Nova Scotia, Canada
Dr Pirkko Lahti	Directeur exécutif, Association finlandaise de la Santé mentale, Helsinki, Finlande
Dr Crick Lund	Consultant, Le Cap, Afrique du Sud
Dr Ma Hong	Directeur adjoint, Centre national de la Santé mentale, Chine, CDC, District de Haidan, Beijing, Chine

Dr Douma Djibo Maïga	Psychiatre, Coordinatrice du Programme de la Santé mentale, Ministère de la Santé publique, Niamey, Niger.
Dr Joest W. Martinius	Professeur, Institut de la Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Université de Munich, Allemagne
Dr Joseph Mbatia	Chef de l'Unité de Santé mentale, Ministère de la Santé, Dar es Salam, République Unie de Tanzanie.
Dr Sally Merry	Centre de la Santé mentale de L'enfant et de l'adolescent, Université d'Auckland, Nouvelle-Zélande
Dr Harry T. Minas	Professeur associé, Centre Internationale de la Santé mentale, Ecole de la Santé de la Population, Université de Melbourne, Victoria, Australie
Dr Alberto Minoletti	Directeur, Service de la Santé mentale, Ministère de la Santé, Chili
Dr Jide Morakinyo	Ex-Chargé de cours à Ladoke Akintola, Centre Universitaire des Sciences de la Santé, Osogbo, Nigéria.
M Paul Morgan	Directeur adjoint, SANE, Victoria, Australie
Dr Olabisi Odejide	Directeur, Ecole de Médecine, Institut supérieur de Recherche et de Formation en médecine, Université d'Ibadan, Nigéria
Dr Mehdi Paes	Professeur, Directeur de l'Hôpital Psychiatrique de l'Université d'Arrazi, Sale, Maroc
Dr Vikram Patel	Chargé de cours, Ecole d'hygiène et de médecine tropicale de Londres, Président de la Sangath Society, Goa, Inde
Professeur Anthony Pillay	Psychologue principal, Complexe hospitalier des Midlands, Pietermaritzburg, Kwa-zulu-Natal, Afrique du Sud
Dr Yoyan Pillay	Directeur en chef, Planification stratégique, Direction de la Santé, Prétoria, Afrique du Sud
Professeur Ashoka Prasad	Expert , Ministère de la Santé, Mâche, Seychelles
Dr Dainius Puras	Maître de conférence et chef du Centre de la Psychiatrie de l'enfant et de la Psychiatrie sociale, Département de Psychiatrie, Université de Vilnius, Vilnius, Lituanie
Professeur Linda Richter,	Promotion de l'Enfant, de la Jeunesse et de la famille, Conseil de Recherche en Sciences humaines, Université du Natal, Durban, Afrique du Sud
Professeur Brian Robertson	Professeur émérite, Département de Psychiatrie et Santé mentale, Université du Cap, Afrique du Sud
Dr Luis Augusto Rohde	Vice-Président, Département de Psychiatrie, Université fédérale de Rio Grande du Sud, Professeur de la Psychiatrie de l'Enfant, Hôpital des Cliniques de Porto Alegre, Porto Alegre, Brésil
Dr Kari Schleimer,	Direction de la Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (CAP) Hôpital universitaire de Malmö, Suède
M. Don Smith	Direction de la Médecine psychologique, Université d'Auckland, Nouvelle- Zélande
Dr Ka Sunbunat	Directeur, Santé mentale, Direction de la Santé, Ministère de la Santé, Phnom Pen, Cambodge
Dr Alain Tortosa	Président de l'AAPEL, Association d'Aide aux Personnes avec un « Etat limité », Lille, France.
Dr Samuel Tyano	Secrétaire aux Finances, Association Psychiatrique Mondiale (WPA), s/c Université de Tel Aviv, Israël
Dr Williams Valentini	Psychiatre, Sao Paulo, Campinas, Brésil
Mme Robert Vermeiren	Département de la Psychiatrie de l'enfant et de l'Adolescent de l'Université, Hôpital de Middelheim, Anvers, Belgique
Mme Deborah Wan	Directeur général, Association de réhabilitation psychiatrique de Nouvelle Vie, Hong Kong, Chine

Dr Mohammad Taghi Yasamy, Ministère de la Santé et de l'Enseignement médical, Téhéran,
République islamique d'Iran

L'OMS tient également à exprimer sa profonde gratitude pour l'appui financier généreux des gouvernements d'Australie, d'Italie, de la Nouvelle-Zélande et des Pays-Bas ainsi que de la Fondation Eli Lilly et Compagnie, et de la « Johnson and Johnson Corporate Social Responsibility, Europe.

Table des Matières

Préface	viii
Sommaire	xi
Objectifs et audience cible	xvi
1. Contexte de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent	1
1.1 Introduction	1
1.2. Stigmates et discrimination	5
1.3 Apparition des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents	6
1.4 Facteurs de risque et de protection	9
1.5 Importance des étapes de l'évolution de la maladie	11
1.6 Coûts économiques de traitement (ou non traitement) des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent	12
2. Elaboration d'une politique relative à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent	15
2.1 Etape 1 : Collecter les informations et les données en vue de l'élaboration de la politique	16
2.2 Etape 2 : Rassembler les faits observés en vue de stratégies efficaces	22
2.3 Etape 3 : Engager les consultations et les négociations	24
2.4 Etape 4 : Prendre contact avec d'autres pays.	28
2.5 Etape 5 : Définir la vision, les valeurs, les principes et les objectifs de la politique	28
2.6 Etape 6 : Désigner les zones d'action	31
2.7 Etape 7 : Identifier les principaux rôles et responsabilités des différents secteurs et partenaires	57
2.8 Etape 8 : Présenter des exemples de politiques.	57
3. Elaboration d'un plan de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent	63
3.1 Etape 1 : Déterminer les stratégies et fixer les délais	63
3.2 Etape 2 : Définir les indicateurs et les objectifs	75
3.3 Etape 3 : Indiquer les activités principales	75
3.4 Fixer les coûts, les ressources disponibles et le budget.	80
4. Mise en oeuvre de la politique et des plans de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent.	84
4.1 Etape 1 : Diffuser la politique	84
4.2 Etape 2 : Mobiliser le soutien du pouvoir politique et le financement	86
4.3 Etape 3 : Mettre sur pied une structure de soutien.	87
4.4 Etape 4 : Créer des projets pilotes dans les zones d'expérimentation	88
4.5 Etape 5 : Rendre responsables les prestataires et maximiser la coordination.	89
Obstacles et solutions	92
Glossaire	93
Références	95

Le présent module fait partie des Directives de l'OMS pour l'élaboration de la politique et l'organisation des services en matière de santé mentale, et fournit des informations pratiques en vue d'aider les pays à améliorer la santé mentale de leurs populations.

Quel est l'objectif des Directives?

L'objectif de la directive est d'aider les décideurs et les planificateurs à :

- élaborer une politique et une stratégie globale en vue d'améliorer la santé mentale des populations
- utiliser les ressources existantes pour obtenir de meilleurs résultats
- offrir des services efficaces aux personnes nécessiteuses ; et
- contribuer à la réintégration des personnes souffrant de troubles mentaux en ce qui concerne tous les aspects de la vie communautaire, de manière à améliorer la qualité générale de leur vie.

Que contiennent les Directives ?

Les Directives contiennent une série de modules interdépendants, faciles à utiliser, conçus pour répondre aux nombreux besoins et priorités en matière d'élaboration de politique et d'organisation des services. Le thème de chaque module représente un aspect essentiel de la santé mentale.

- Contexte de la santé mentale
- Politique, plans et programmes de la santé mentale
- Financement de la santé mentale
- Législation et droits humains en matière de santé mentale
- Plaidoyer en faveur de la santé mentale
- Organisation des services relatifs à la Santé mentale
- Amélioration de l'accès aux médicaments psychotropes et de leur administration
- Amélioration de la Qualité en matière de la Santé mentale
- Planification et budgétisation de la fourniture des soins de santé mentale
- Politiques et plans relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent.

Il est prévu que les modules complémentaires suivants seront intégrés aux Directives définitives

- Les systèmes d'information en matière de Santé mentale
- Les ressources humaines et la formation en matière de santé mentale
- La recherche et l'évaluation de la politique et des services en matière de Santé mentale
- Politiques et programmes relatifs à la santé mentale en milieu professionnel

A qui sont destinées les Directives ?

Les modules devraient intéresser :

- Les décideurs et les planificateurs en matière de santé ;
- Les pouvoirs publics au niveau fédéral, national/régional et local ;
- Les professionnels de la santé mentale ;
- Les groupes représentant les personnes souffrant de troubles mentaux ;
- Les représentants ou les associations de familles et les personnes qui s'occupent des malades mentaux ;
- Les organisations de sensibilisation représentant les intérêts des personnes souffrant de troubles mentaux ainsi que leurs proches et leurs familles ;
- Les organisations non gouvernementales impliquées ou partenaires à la prestation de services de santé mentale

Comment se servir des modules ?

Ils peuvent être utilisés **séparément** ou **globalement**. Les renvois qu'ils contiennent permettent une lecture facile. Les utilisateurs dans les pays peuvent vouloir accéder à chaque module de manière systématique ou utiliser un module spécifique lorsque l'accent est mis sur un domaine particulier de la Santé mentale. Par exemple, ceux qui souhaitent s'informer sur le problème de la législation en matière de la Santé mentale consulteront utilement le module intitulé " Législation et Droits humains en matière de Santé mentale".

Les modules peuvent être utilisés comme un **ensemble pédagogique** pour les décideurs, les planificateurs et toutes les personnes intéressées par l'organisation, la prestation et le financement des services de santé mentale. Ils peuvent être utilisés comme matériel didactique dans le cadre des cours à l'université et dans les établissements d'enseignement supérieur. Les organisations professionnelles pourraient décider de se servir des modules dans le cadre de la formation des personnes qui travaillent dans le domaine de la santé mentale.

De nombreuses organisations internationales et nationales qui offrent leur concours aux pays désireux d'engager une réforme de leurs politiques et/ou des services en matière de la santé mentale peuvent se servir des modules dans le cadre de **l'assistance technique**.

Les consommateurs, les familles et les organisations de défense des personnes souffrant de troubles mentaux peuvent s'en servir dans le cadre de leurs **campagnes de sensibilisation**. Les modules contiennent des informations utiles pour l'éducation de la société et pour une meilleure compréhension des hommes politiques, des élites, des autres professionnels de santé et de l'ensemble des citoyens des troubles mentaux et de l'importance des services de santé mentale.

Présentation des modules

Chaque module définit de manière précise ses objectifs et son audience cible. Les modules sont présentés étape par étape afin de faciliter l'utilisation et la mise en œuvre des directives. Les directives ne sont pas normatives ou interprétatives de manière rigide. Les pays sont plutôt invités à les adapter en fonction de leurs besoins et des circonstances. Des exemples pratiques provenant de différents pays sont utilisés tout au long des modules.

Il existe une multitude de renvois entre les modules. Les lecteurs d'un module pourraient avoir besoin de consulter un autre module (tel qu'indiqué dans le texte) s'ils souhaitent avoir des directives supplémentaires.

Tous les modules devraient être lus suivant la politique de l'OMS relative à la meilleure prestation des soins de santé mentale par l'intermédiaire des services de santé et des structures communautaires en général. La santé mentale est un sujet intersectoriel qui requiert l'implication des secteurs de l'éducation, de l'emploi, de l'habitat et des services sociaux, ainsi que de l'appareil de justice pénale. Il est également nécessaire de contacter les organisations des consommateurs et des familles au sujet de l'élaboration des politiques et de l'organisation des services.

Dr Michelle Funk

Dr Benedetto Saraceno

1. Contexte de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent

Les enfants et les adolescents qui sont en bonne santé mentale peuvent se procurer et maintenir un bien-être et un comportement social et psychologique optimums. Ils ont le sens de l'identité et de la confiance en soi, de la famille stable et des rapports d'égalité, la capacité d'être productif et d'apprendre, le potentiel pour relever les défis du développement et se servir des ressources culturelles pour porter la croissance à un niveau aussi élevé que possible. En outre, la bonne santé mentale des enfants et des adolescents est indispensable dans le cadre de leur participation active à la vie économique et sociale.

Le présent module montre la nécessité de promouvoir l'épanouissement de tous les enfants et adolescents, qu'ils soient atteints ou non de troubles mentaux. De plus, il est important d'offrir des interventions et un soutien efficaces aux 20 % d'enfants et d'adolescents présumés atteints de problèmes ou de troubles mentaux avérés. Le poids économique des troubles mentaux des enfants et des adolescents est énorme et s'aggrave même à cause de la stigmatisation et de la discrimination. Dans de nombreux cas, les troubles mentaux ne sont pas bien perçus, et les enfants atteints sont considérés à tort comme « incapables de se débrouiller assez » ou comme des perturbateurs.

Il existe trois raisons fondamentales qui justifient la mise sur pied d'interventions efficaces pour les enfants et les adolescents : 1) Etant donné que les troubles mentaux apparaissent à certains stades de développement de l'enfant et de l'adolescent, les programmes de dépistage et les interventions relatifs à ces troubles peuvent être menés pendant la période où ils risquent d'apparaître; 2) Etant donné qu'il existe un degré élevé de continuité entre les troubles de l'enfant et de l'adolescent et ceux de l'adulte, une intervention précoce pourrait prévenir ou réduire la probabilité d'un handicap durable ; 3) Enfin, des interventions efficaces réduisent le poids des troubles mentaux pour l'individu et la famille et amoindrissent les coûts que supportent les systèmes de santé et les communautés.

La santé mentale des enfants et des adolescents peut subir l'influence d'un certain nombre de facteurs. Les facteurs de risque augmentent la probabilité de l'apparition de problèmes de santé mentale, alors que les facteurs de protection atténuent les effets de l'exposition aux risques. Les politiques, les plans et les interventions spécifiques devraient être conçus de manière à réduire les facteurs de risque et à favoriser les facteurs de protection.

2. Elaboration d'une politique relative à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent

En l'absence d'une directive portant sur l'élaboration des politiques et des plans relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent, les systèmes de soins risquent d'être fragmentés, inefficaces, onéreux et inaccessibles. Il faut faire intervenir plusieurs secteurs (par exemple, l'éducation, le social, la santé) pour faire en sorte que les services destinés aux jeunes soient efficaces. Il apparaît clairement que la phase de développement de l'enfant peut avoir une influence sur le degré de vulnérabilité aux

troubles, les manifestations des troubles et la manière d'administrer le traitement. Aussi faut-il prendre en compte la perspective de développement pour mieux cerner tous les troubles mentaux et concevoir une politique adaptée à la santé mentale.

La présente section identifie les étapes nécessaires à l'élaboration d'une politique de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent susceptible de faire partie intégrante d'une politique globale de santé, d'une politique de la santé de l'enfant et de l'adolescent ou d'une politique de la santé mentale. Ces politiques ne s'excluent pas mutuellement ; en fait, il est possible d'obtenir de meilleurs résultats si la santé mentale des enfants et des adolescents est prise en compte dans le cadre de l'élaboration de toutes ces politiques.

Etape 1 : Collecter les informations et les données nécessaires à l'élaboration de la politique. L'élaboration d'une politique relative à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent nécessite une identité de vues sur la prévalence des problèmes de la santé mentale chez les enfants et les adolescents. Leurs besoins sont intimement liés aux stades de leur développement. L'identification des ressources financières et humaines disponibles, l'organisation effective du traitement et les opinions et attitudes des professionnels de la santé dans le cadre de la résolution des problèmes de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent est également important.

Etape 2 : Rassembler les faits observés en vue de l'élaboration de stratégies efficaces. Les projets pilotes peuvent fournir des informations sur les interventions menées à bien de même que sur les raisons pour lesquelles certains programmes ont échoué. Lors de l'évaluation des projets pilotes et des études publiées au niveau international, il est important de faire la différence entre l'efficacité (la capacité d'une intervention à produire un effet désiré dans un cadre très réglementé) et l'efficience (la capacité d'une intervention à produire un effet désiré dans un cadre plus large, mais non réglementé). Les résultats d'une étude menée sur un groupe de population bien défini dans un cadre très réglementé ne se reproduisent pas automatiquement dans les 'conditions naturelles' ; aussi, la prudence est-elle requise lorsqu'il faut appliquer directement les résultats des essais cliniques menés dans les conditions naturelles sans tenir compte des problèmes que pose leur mise en oeuvre. Néanmoins, il existe de nombreuses études d'efficacité basées sur une bonne méthodologie qui ont produit des résultats suffisamment probants pour être adoptés à plus grande échelle. Les décideurs devraient se concerter avec leurs collègues et les organisations non gouvernementales (ONG) d'autres districts, provinces, pays ou régions lorsqu'ils doivent prendre une décision sur le bien-fondé des modèles de programme qui remplissent les normes d'efficacité, en vue de leur incorporation dans la politique.

Etape 3 : Engager les consultations et les négociations. Bien que le renforcement du consensus et la négociation soient importants à chaque étape du cycle de planification de la politique, les décideurs doivent profiter de la phase initiale de collecte des informations pour commencer à renforcer le consensus. Trois raisons justifient la nécessité de se concerter avec de nombreux partenaires : 1) l'écologie sociale des enfants et des adolescents est faite de manière que leurs intérêts et leurs besoins soient satisfaits dans plusieurs structures ; 2) un processus de consultation peut accroître l'adhésion des principaux partenaires ; et 3) la participation dans un processus d'élaboration de la politique pourrait donner aux parties prenantes une meilleure idée

des contributions potentielles de leur secteur à la santé mentale des enfants et des adolescents.

Etape 4 : Contacter d'autres pays. Les consultations internationales peuvent apporter une contribution importante à l'élaboration de la politique, notamment lorsque les consultants ont des données d'expérience sur plusieurs autres pays qui ont des similitudes en ce qui concerne le niveau de développement économique, l'organisation du système de santé et les dispositions prises par les pouvoirs publics. Les organisations professionnelles nationales et internationales peuvent jouer un rôle déterminant en apportant leur contribution et en favorisant le travail en réseau. Le siège ainsi que les bureaux régionaux de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) peuvent faciliter ce type de contact avec d'autres pays.

Etape 5 : Définir une vision globale, des valeurs, des principes et des objectifs de la politique.

Au cours de cette étape, les décideurs élaborent l'essentiel de la politique en se servant des données collectées pendant les quatre premières étapes. En général, la vision globale fixe des objectifs élevés mais réalistes en matière de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent, en déterminant ce qui est souhaitable pour un pays ou une région. Elle pourrait être associée à un certain nombre de valeurs et de principes connexes susceptibles de constituer la base des objectifs de la politique. Les décideurs de nombreux pays pensent qu'il est important d'aborder la promotion d'un développement sain et la prévention de la maladie en même temps que le traitement des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent, même si l'accent mis sur chaque aspect diffère d'un pays à l'autre.

Etape 6 : Désigner les domaines d'action. Pour élaborer une politique relative à la santé mentale des enfants et des adolescents, les décideurs doivent coordonner les actions dans plusieurs domaines afin d'optimiser l'impact de toute politique de santé mentale. Ces domaines sont les suivants :

- Financement
- Organisation des services
- Promotion, prévention, traitement et réhabilitation
- Collaboration intersectorielle
- Plaidoyer
- Législation et droits humains
- Ressources humaines et formation
- Amélioration de la qualité
- Système d'information
- Recherche et évaluation des politiques et des services

Etape 7 : Identifier les principaux rôles et responsabilités des différents secteurs et partenaires. Il est essentiel que toutes les parties prenantes et tous les secteurs soient conscients de leurs responsabilités. Tous ceux qui ont participé au processus de consultation pourraient être pris en compte.

3. Elaboration d'un plan relatif à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent

Après l'élaboration de la politique relative à la santé mentale, l'étape suivante consiste à concevoir un plan pour sa mise en œuvre. L'élaboration d'un tel plan repose sur le processus susmentionné en matière d'élaboration de politique. Les informations relatives aux besoins des populations ainsi que la collecte des faits observés et le renforcement du consensus sont indispensables à la formulation de ce plan. Un plan est un ensemble de stratégies qui représentent les lignes d'action les plus susceptibles de permettre d'atteindre les objectifs de la politique dans une population donnée.

Etape 1 : Déterminer les stratégies et les délais. Pour fixer les priorités des stratégies, il est souvent nécessaire de mener une analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces (FFOM) de la situation. Ensuite il faudrait établir et fixer les priorités d'un certain nombre de stratégies : 1) dresser une liste générale des propositions avantageuses relatives à chacun des domaines d'action désignés au cours de la phase de formulation de la politique ; 2) échanger les idées avec les acteurs principaux en vue de concevoir les stratégies relatives à la mise en œuvre de chaque proposition. 3) corriger et modifier les stratégies sur la base d'une seconde série de suggestions faites par les acteurs principaux de manière à définir deux ou trois stratégies pour chaque domaine d'action ; 4) fixer un délai pour chaque stratégie ; et 5) préciser les modalités de mise en œuvre de chaque stratégie. Ces précisions consistent entre autres à définir les indicateurs et les objectifs, présenter les activités principales, préciser les coûts, identifier les ressources disponibles et élaborer un budget.

Etape 2 : Indicateurs et buts. Chaque stratégie devrait aller de pair avec un ou plusieurs buts qui représentent le résultat attendu de la stratégie. Les indicateurs permettent d'évaluer le niveau de réalisation d'un but.

Etape 3 : Indiquer les activités principales. L'étape suivante devrait consister à indiquer les activités effectives qui sont nécessaires pour chaque stratégie. Chaque activité devrait aller de pair avec une série de questions : Qui est responsable ? Combien de temps cela prendra-t-il ? Quels sont les résultats attendus ? Quels sont les obstacles ou les contretemps potentiels qui pourraient freiner la réalisation de chaque activité ?

Etape 4 : Préciser les coûts, identifier les ressources disponibles et élaborer le budget. Le budget résulte de l'évaluation des coûts en fonction des ressources disponibles.

4. Mise en œuvre des politiques et des plans en matière de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent

Etape 1 : Diffuser la politique. Les politiques formulées doivent être diffusées dans les bureaux des districts de santé et dans les organismes partenaires, et, au sein de ces organismes, aux personnes physiques. La réussite de la diffusion d'une politique, d'un plan ou d'un programme sera optimisée si les enfants, les adolescents et leurs familles font l'objet d'attention dans des endroits aussi divers que les écoles, les lieux de culte, les rues, les zones rurales et les lieux de travail.

Etape 2 : Mobiliser l'appui des pouvoirs politiques et un financement. Aucune politique ou plan, même s'il est bien conçu et bien documenté, ne peut réussir sans un appui des pouvoirs politiques et un financement conforme à ses objectifs. Etant donné que les jeunes comptent sur d'autres personnes pour plaider en leurs noms, les plaidoyers en faveur de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent devraient chercher à garantir la viabilité politique et financière d'un plan, indépendamment des revendications des utilisateurs des services eux-mêmes. Les défenseurs de la politique de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent au sein d'un ministère de la santé devront identifier les partenaires dans les autres secteurs de l'administration ainsi que dans la communauté ou l'ensemble du pays.

Etape 3 : Mettre sur pied une structure de soutien. La mise en œuvre d'une politique et d'un plan relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent nécessite la participation de nombreuses personnes possédant des connaissances étendues. Les personnes ayant une formation ou une expérience qui concerne surtout les adultes peuvent être assistées d'autres spécialistes du domaine afin d'appliquer la planification aux enfants et aux adolescents.

Etape 4 : Créer des projets pilotes dans les zones d'expérimentation. Les projets pilotes dans les zones d'expérimentation où les politiques et les plans peuvent être mis en œuvre un peu plus rapidement, peuvent remplir plusieurs fonctions des plus utiles : ils peuvent faire l'objet d'une évaluation plus efficace et plus complète ; ils peuvent offrir un appui empirique à cette initiative à la faveur de leur faisabilité et de leur efficacité à court et à long terme ; ils peuvent favoriser l'apparition de défenseurs parmi les personnes qui sont intervenues dans la zone pilote; et ils peuvent former des collègues du secteur de la santé et des autres secteurs en matière d'élaboration des politiques, des plans et des programmes.

Etape 5 : Responsabiliser les prestataires de services et optimiser la coordination. Les chances de réussite de la mise en œuvre d'une intervention augmenteront si les prestataires de services sont suffisamment responsabilisés et soutenus sur le plan de l'information, des connaissances, du soutien continu et des ressources humaines et financières. Une première étape dans ce processus consiste à identifier les personnes, les équipes ou les organisations du secteur de la santé ou d'autres secteurs qui seront responsables de la mise en œuvre du programme. Tous les secteurs ont un rôle à jouer aussi bien pour le bien-être actuel que pour le bien-être futur des jeunes. La collaboration (y compris la participation aux frais) dans le cadre des initiatives relatives à la santé mentale bénéficie à toutes les parties en présence et surtout aux jeunes. Outre la collaboration intersectorielle, d'autres partenaires (tels que les responsables dans les domaines de l'éducation et de la justice) doivent collaborer sur une base permanente afin de continuer à soutenir les services de santé mentale et d'en assurer une prestation optimum.

Objectifs et audience cible

Objectifs

1. Permettre aux pays d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques et des plans appropriés basés sur des faits concrets relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent.
2. Informer les personnes chargées en dernier ressort de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation des politiques, plans et programmes relatifs à la santé mentale des enfants et des adolescents, des défis sans précédent à relever en travaillant dans l'intérêt de ces groupes d'âge.
3. Faire bénéficier des solutions pratiques aux problèmes communs rencontrés par de nombreuses personnes.
4. Identifier d'autres ressources qui offrent des instruments ou des informations supplémentaires.

Les autres modules de cette série ne portent pas essentiellement sur les groupes d'âge spécifique, mais présentent un intérêt pour les enfants et les adolescents. Le présent module met un accent particulier sur les enfants et les adolescents, et fait ressortir les domaines relatifs à ces groupes d'âge qui ne reçoivent pas suffisamment d'attention dans les autres modules.

Audience cible

1. Les décideurs et les professionnels de la santé publique dans les ministères de la santé ou les directions de la santé des pays et les grandes unités administratives des pays (régions, Etats, ou provinces).
2. Les groupes de pression ou les formations politiques au niveau international, régional et national tels que les groupes de consommateurs, les groupes d'assistance, les régions de l'OMS, et les organisations professionnelles.
3. Les professionnels de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent.

1. Contexte de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent

1.1 Introduction¹

Les enfants et les adolescents sont des êtres qui réfléchissent et qui éprouvent des sentiments avec un degré de complexité mentale qui vient seulement maintenant d'être mis en évidence. Alors que pendant longtemps, il a été reconnu que la santé physique peut être affectée par les traumatismes, les problèmes génétiques, les toxines et les maladies, ce n'est que récemment qu'il a été prouvé que ces mêmes sources de stress peuvent affecter la santé mentale et avoir des conséquences à long terme. Le trouble mental peut survenir lorsque les facteurs de risque et de vulnérabilité dépassent les facteurs de protection ou de résistance. Les troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent se manifestent dans de nombreux domaines et de différentes manières. Il est à présent prouvé que les troubles mentaux qui surviennent à un jeune âge peuvent se traduire par un déséquilibre permanent dans la vie adulte.

Les présentes directives traitent de la santé mentale pendant la période prénatale (de la conception à la naissance), pendant l'enfance (de la naissance à l'âge de 9 ans) et pendant l'adolescence (de 10 ans à 19 ans). Elles adoptent une large définition de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent.

La santé mentale de l'enfant et de l'adolescent concerne la capacité à atteindre et à maintenir un fonctionnement psychologique et un bien-être optimums. Elle est directement liée au niveau atteint et aux aptitudes acquises en matière du fonctionnement psychologique et social.²

La santé mentale de l'enfant et de l'adolescent inclut un sens de l'identité et de la confiance en soi ; une aptitude à être productif et à apprendre ; et une capacité à s'adapter aux enjeux liés au développement et à utiliser les ressources culturelles pour optimiser le développement (Dawes et al., 1997) ; une bonne santé mentale pendant l'enfance constitue un préalable à un développement psychologique optimal, à

Le présent module met l'accent sur la nécessité de promouvoir la santé mentale de tous les enfants et adolescents, qu'ils souffrent de problèmes de santé mentale ou non.

¹ L'essentiel de la présente section est tiré du document fourni par les Professeurs A.J. Flisher et B.A. Robertson relatif aux orientations politiques en matière de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent.

² Direction de la santé. Afrique du Sud (2001)

des rapports sociaux productifs, à un apprentissage efficace, à l'aptitude à s'occuper de soi, à une bonne santé physique et à une participation utile à la vie économique à l'âge adulte.

Le présent module met l'accent sur la nécessité de promouvoir la santé mentale de tous les enfants et adolescents, qu'ils aient des problèmes de santé mentale ou non. Ce résultat peut être obtenu par la réduction de l'impact des facteurs de risque et par le renforcement des effets des facteurs de protection. (voir section 1.4).

Cependant, une proportion d'enfants et d'adolescents souffre de troubles mentaux déclarés. Un trouble mental est diagnostiqué lorsqu'un type de signes et de symptômes identifié est associé au déséquilibre du fonctionnement psychologique et social, et correspond aux critères retenus en matière de troubles définis par un système de classification reconnu tel que la version 10 de la Classification internationale des maladies (CIM-10) ou le Manuel diagnostique et statistique de l'Association américaine de psychiatrie de 1994 (DSM-IV)³. Parmi les exemples, on peut citer : les troubles d'humeur, les troubles liés aux aspects somatiques ainsi que les troubles mentaux et du comportement résultant de la consommation de substances psychoactives. Les études menées dans les communautés ont révélé un taux de prévalence global pour ce type de troubles d'environ 20 % dans plusieurs contextes nationaux et culturels (Bird, 1996 ; Verhulst, 1995). Les taux de prévalence des troubles de l'enfant et de l'adolescent dans des pays sélectionnés sont résumés dans le Tableau 1.

Il a été démontré que le taux de prévalence global des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent est de 20%.

³ La terminologie utilisée dans le présent module est conforme au système précédent.

Tableau 1. Prévalence des troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent dans quelques pays			
Pays	Etude	Age (ans)	Prévalence %
Brésil	Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004.	7-14	12,7
Canada (Ontario)	Offord et al., 1987.	4-16	18,1
Ethiopie	Tadesse et al., 1999.	1-15	17,7
Allemagne	Weyerer et al., 1988.	12-15	20,7
Inde	Conseil indien de la recherche médicale, 2001.	1-16	12,8
Japon	Morita et al., 1993.	12-15	15,0
Espagne	Gomez-Beneyto et al., 1994.	8,11,15	21,7
Suisse	Steinhausen et al., 1998.	1-15	22,5
USA	United States Department of Health and Human Services, 1999.	9-17	21,0

Il a été démontré que les taux de prévalence des troubles psychiatriques se situent entre 12 % et 29 % chez les enfants qui ont été en consultation dans les centres de santé primaires dans de nombreux pays. (Giel et al., 1981). Seuls 10 % à 22 % de ces cas ont été diagnostiqués par les professionnels de la santé dans ces centres, ce qui signifie que la grande majorité des enfants n'ont pas reçu un traitement approprié. Il faudrait avoir à l'esprit qu'en plus de ceux qui sont atteints d'un trouble mental diagnosticable, beaucoup d'autres ont des problèmes qui peuvent être considérés comme étant « en dessous du seuil », dans la mesure où ils ne correspondent pas aux critères de diagnostic. Par conséquent, ils souffrent eux aussi et pourraient bénéficier des interventions.

Certains enfants et adolescents qui se trouvent dans des situations difficiles ; pourraient être victimes d'abus physique, émotionnel et/ou sexuel, être victimes ou témoins de violence ou de guerre, souffrir de déficience intellectuelle, de maltraitance ou se retrouver sans-abri, devoir quitter des zones rurales pour des zones urbaines, vivre dans la pauvreté, s'engager dans le travail du sexe, s'accoutumer à des substances comme l'alcool et le cannabis, ou être infectés par le VIH/SIDA. Les situations difficiles et les problèmes de la santé mentale peuvent être étroitement liés de plusieurs manières. Ils pourraient par exemple, servir comme facteurs de risque pour les problèmes de la santé mentale, tel que le trouble du stress post-traumatique chez un enfant qui a été victime d'un abus sexuel. A l'inverse, les problèmes de la santé mentale pourraient servir comme facteurs de risque dans des situations difficiles ; par exemple lorsqu'un adolescent consomme de l'alcool ou des drogues pour lutter contre la dépression. Quelle que soit la nature des rapports entre les problèmes de la santé mentale et les situations difficiles, les stratégies d'interventions particulières sont nécessaires pour se pencher sur les besoins des enfants et des adolescents.

Certaines situations difficiles dans lesquelles les enfants et les adolescents se trouvent peuvent être étroitement liées aux problèmes de santé mentale.

Il y a des avantages à considérer le service de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent comme un domaine distinct des soins de santé. Dans de nombreux pays, le service de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent est perçu comme un sous-ensemble du service général de santé mentale ou du service de la santé infantile, ou comme un prolongement de moindre importance de ces services. L'essentiel du financement des services de santé mentale est réservé aux traitements des adultes, d'où la difficulté à organiser des services appropriés de santé mentale pour enfants et adolescents. Si le service de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent devait être perçu comme une catégorie distincte des soins de santé avec des exigences spécifiques, il serait possible de prendre des dispositions financières spéciales et d'élaborer la politique qui s'impose. Cependant, dans certains pays, il peut être avantageux d'adopter une approche plus intégrée. Il convient d'en tenir compte au moment de décider si et dans quelle mesure les services de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent devraient être intégrés ou rester séparés.

1.2 Stigmates et discrimination

Alors que toutes les personnes atteintes de troubles mentaux souffrent de discrimination, les enfants et les adolescents ont moins de possibilité de défendre leurs propres intérêts. De même, sur le plan du développement, les enfants pensent de manière plus dichotomique que les adultes au sujet des notions comme « bon » et « mauvais », ou « en bonne santé » et « malade ». Par conséquent, ils sont moins enclins à tempérer une remarque négative par une autre remarque plus positive et risquent d'accepter plus facilement les labels négatifs employés à tort. La stigmatisation et la discrimination comprennent les préjugés, les stéréotypes, la peur, la gêne, la colère et le rejet ou l'isolement, les violations des libertés et des droits humains fondamentaux; le refus des possibilités d'éducation et de formation; et le déni des droits civils, politiques économiques sociaux et culturels. De surcroît, par opposition aux maladies physiques pour lesquelles les parents peuvent recevoir le soutien de la communauté, la stigmatisation a souvent pour effet de faire subir aux parents des reproches pour les problèmes de santé mentale de leurs enfants.

La stigmatisation et la discrimination comprennent les préjugés, les stéréotypes, la peur, la gêne, la colère et le rejet ou l'isolement; les violations des libertés et des droits humains fondamentaux; et le déni des droits civils, politiques, économiques, sociaux et culturels.

Les comportements liés aux troubles mentaux sont souvent mal interprétés ou perçus comme étant intentionnels. Ainsi, un enfant déprimé qui agit mal peut être puni ou peut s'entendre dire «ça suffit, arrête et contrôle-toi un peu». Un adolescent déprimé peut consommer une importante quantité d'alcool pour s'en tirer et s'entend dire « cesse de boire et ne recommence plus!». Lorsqu'un problème est mal interprété par d'autres, les remèdes utilisés seront inadaptés et inefficaces, voire préjudiciables à la santé. L'exclusion sociale, l'action punitive et la critique peuvent entraîner une perte de confiance en soi. Une interprétation erronée ou inappropriée des troubles mentaux peut priver les enfants et les adolescents de l'assistance dont ils ont besoin. D'où risque de stigmatisation et nombre de conséquences négatives, y compris la réduction des ressources nécessaires pour le traitement.

Dans certains pays, les troubles mentaux peuvent être attribués aux causes spirituelles, ou à la possession par le démon à cause d'actes présumés diaboliques ou de l'abandon des tâches spirituelles. Par exemple, l'épilepsie a, à travers le monde, un large éventail de ces causes putatives, et est parfois perçue comme une maladie contagieuse. Les enfants et les adolescents atteints d'épilepsie peuvent être exclus de l'école de peur que les autres contractent leur maladie. Les familles peuvent avoir honte de leurs enfants

Dans certains pays, les troubles mentaux peuvent être attribués aux causes spirituelles, ou à la possession par le démon à cause d'actes présumés diaboliques ou de l'abandon des tâches spirituelles.

qui souffrent de trouble mental ou peuvent craindre qu'ils soient victimes de violence physique. Ils peuvent les garder enfermés ou isolés du reste de la communauté. De telles mesures peuvent avoir des effets dévastateurs sur le développement physique et émotionnel des enfants et des adolescents.

Si les enfants et les adolescents souffrant de troubles mentaux ne reçoivent pas de traitement approprié, leurs difficultés risquent de persister et leurs perspectives sur le plan social, éducatif et professionnel s'en trouvent réduites. Cette situation occasionne des dépenses directes pour la famille et une perte de productivité pour la société. Il a également été démontré que les personnes dont les troubles mentaux n'ont pas été traités représentent de manière disproportionnée un large segment des personnes jugées dans les tribunaux pour jeunes et les tribunaux de justice pénale pour adultes. Ainsi, une étude menée chez les jeunes dans les centres de détention du Massachusetts, Etats-Unis d'Amérique, a prouvé que près 70 % des hommes et 81 % des femmes sont au-dessus du minimum clinique sur au moins l'une des échelles d'un instrument de test : consommation d'alcool et de drogues, coléreux, irritable, déprimé et anxieux, plaintes somatiques et idéation de suicide (Cauffman, 2004). Cela a des conséquences particulièrement tragiques, car certaines maladies mentales peuvent être évitées, beaucoup d'autres peuvent être traitées, et les enfants souffrant de troubles psychiatriques pourraient mener une vie normale ou à peu près normale s'ils recevaient un traitement approprié.

1.3 Evolution des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents

La prestation des services de santé peut être planifiée en admettant qu'en générale les troubles mentaux spécifiques surviennent à des stades spécifiques au cours du développement de l'enfant et de l'adolescent (Figure 1.) Les programmes de dépistage destinés à diagnostiquer les troubles mentaux pourraient être incorporés dans les services de santé existants.

La prestation des services de santé peut être planifiée en admettant qu'en généra, les troubles mentaux spécifiques surviendront à des stades spécifiques du développement de l'enfant et de l'adolescent.

Figure 1. Classes d'âge type pour la présentation des troubles sélectionnés*

Trouble	Age (ans)																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Attache-ment	■	■	■															
Troubles de dévelop-pement profonds	■	■	■	■	■	■												
Comporte-ment pertur-bateur			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Trouble de l'humeur/ anxiété						■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Abus d'al-cool ou d'autres substances psycho-actives												■	■	■	■	■	■	■
Psychose de l'adulte																■	■	■

*Il faut relever que l'âge de début et de fin de troubles varie énormément et est influencé de manière considérable par l'exposition aux facteurs de risque et aux circonstances difficiles.

Les exemples de la chronologie de quelques troubles choisis sont décrits ci-dessous. Il est important de souligner que pour chacun de ces troubles, des interventions efficaces sont disponibles. Au cours des premières années de la vie, les nourrissons et les jeunes enfants peuvent manifester des *troubles d'attachement*. Cela se caractérise par un manque de liens affectifs avec les parents, un manque d'émotions, une mauvaise coordination de l'évolution sociale caractérisée par une insensibilité à l'égard d'autrui. Cette situation pourrait provenir de violences faites à l'enfant ou du manque d'attention de la part des parents qui ne sont pas toujours présents. Ainsi, un parent peut souffrir d'un trouble mental durant la période post-partum ou plus tard, et par conséquent être incapable de donner la tendresse et l'attention dont l'enfant a besoin. Les déficiences sur le plan du développement ou sur le plan émotionnel peuvent provenir du manque de capacité à entourer l'enfant de soins attentifs. L'autisme, un trouble particulièrement difficile à évaluer et à traiter, est un exemple de trouble de développement très fréquent qui peut être diagnostiqué correctement pendant les

Au cours des premières années de la vie, les nourrissons et les jeunes enfants peuvent manifester des troubles d'attachement.

trois premières années de la vie par des personnes formées. Un diagnostic correct et précoce peut permettre aux parents et aux responsables de l'éducation de rechercher et d'obtenir des interventions optimums.

Entre quatre et six ans, *le trouble hyperkinétique et les troubles du comportement* font partie des troubles les plus courants. Alors que les cliniciens de cultures différentes (Mann et al., 1992) classent leurs symptômes dans des catégories différentes, dans certains pays, ces troubles sont tout à fait courants pendant l'enfance, avec un taux de prévalence de près de 10 % chez les garçons et de 5 % chez les filles (Académie Américaine de la Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent 1997).

Entre quatre et six ans, les troubles les plus courants sont les troubles du comportement.

Les troubles spécifiques de développement et les troubles hyperkinétiques sont des facteurs de risque importants pour des *troubles du comportement*, qui ont un grand impact sur le développement social. Lorsqu'ils ne sont pas traités, ils se manifestent en général jusqu'à l'adolescence et l'âge adulte et entraînent l'abandon ou l'exclusion de l'école, un comportement anti-social, une instabilité professionnelle et la pauvreté à l'âge adulte. Cette situation compromet la responsabilité parentale et débouche sur un cycle inter-générationnel perpétuel. Les professionnels de santé non formés dans les centres de santé pour adultes risquent de ne pas reconnaître ce trouble qui survient dans l'enfance et de ne pas solliciter l'assistance pour les familles et les enfants.

Les enfants et les adolescents décident rarement eux-mêmes lorsqu'il s'agit d'avoir recours aux services de santé afin de traiter les problèmes physiques ou émotionnels. Les parents, les enseignants et les autres travailleurs sociaux peuvent identifier facilement de nombreux états physiques, mais les *troubles émotionnels* n'apparaissent pas souvent aussi facilement. *Les troubles d'humeur et de névrose* sont des exemples de troubles émotionnels (par exemple les épisodes de dépression et le trouble obsessionnel et compulsif), et ils se manifestent en général au cours de l'âge scolaire et sont facilement identifiables par le personnel formé pour traiter les troubles mentaux chez les enfants. Cependant, le personnel non formé risque de ne pas détecter ces troubles qui sont subjectifs et internes. Les enfants et les adolescents savent mieux parler des états internes et subjectifs (par exemple, de l'anxiété et de la dépression) que les personnes qui s'occupent d'eux. Néanmoins, si personne ne leur demande ce qu'ils ressentent, leurs symptômes risquent de ne pas être identifiés. Les prévisions montrent que d'ici à 2020, la *dépression* sera la deuxième cause la plus importante d'incapacité dans le monde (OMS, 2001).

Les troubles affectifs et l'anxiété se manifestent en général au cours de l'âge scolaire.

Au cours de la dernière période de l'enfance, entre 12 et 18 ans, les troubles mentaux et les *troubles du comportement* provoqués par la consommation de substances psychoactives peuvent se manifester. Dans de nombreuses cultures, les enfants sont particulièrement impressionnables et très avides de se conformer aux normes sociales définies par leurs pairs. Par conséquent, ils sont plus susceptibles de se lancer dans la consommation de drogues et peuvent devenir, sans le vouloir, dépendants. La dépendance peut être non apparente à un âge précoce et, si elle n'est pas traitée, se traduire par une vie de lutte et de désespoir.

Entre 12 et 18 ans, les troubles provoqués par la consommation excessive de substances psychoactives peuvent se manifester.

Enfin, les *troubles psychotiques* (diagnostiqués chez les adultes) ont tendance à se manifester vers la fin de l'adolescence. La schizophrénie à elle seule affecte environ 1% de la population mondiale (Jablensky et al., 1987). Bien que présentant un taux de prévalence inférieur aux troubles cités plus haut, les troubles psychotiques peuvent être particulièrement graves et irrémédiables s'ils ne sont pas traités ; une détection précoce et un traitement efficace peuvent améliorer sensiblement l'évolution de ces maladies.

Les troubles psychotiques peuvent se manifester vers la fin de l'adolescence.

1.4 Les facteurs de risque et de protection

Il existe de nombreux facteurs qui peuvent affecter la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent (Offord., 1998). En général, ces facteurs peuvent être répartis en facteurs de risque et de protection. Pour les premiers, il s'agit des facteurs qui augmentent la probabilité d'apparition des problèmes ou des troubles de santé mentale, alors que pour les seconds, il s'agit de facteurs qui modifient les effets d'exposition au risque. Comme le laisse entendre le terme « bio-psycho-social » dans la définition de la santé mentale employée plus haut, les facteurs de risque et de protection peuvent exister dans les domaines biologique, psychologique et social. Le tableau 2 donne des exemples de facteurs de risque et de protection dans chacun de ces domaines.

La santé mentale de l'enfant et de l'adolescent peut être affectée par des facteurs de risque et de protection.

Tableau 2 . Risque sélectionné et facteurs de protection en matière de santé mentale des enfants et des adolescents

Domaine	Facteurs de risque	Facteurs de protection
Biologique	Exposition aux toxines (ex, tabac et alcool) pendant la grossesse Tendance génétique au trouble psychique Traumatisme crânien Hypoxie à la naissance et autres complications à la naissance Infection à VIH Malnutrition Autres maladies	Développement physique conforme à l'âge Bonne santé physique Bon fonctionnement intellectuel
Psychologique	Prendre connaissance des troubles Traits de personnalité mésadaptés Abus et négligence sexuels, physiques et émotionnels Tempérament difficile	Aptitude à tirer des leçons de l'expérience Bonne estime de soi Bonne aptitude à résoudre les problèmes Aptitudes sociales
Social		
a) Famille	Administration insuffisante de soins Conflit familial Mauvaise discipline familiale Mauvaise gestion familiale Décès d'un membre de la famille	Attachement à la famille Possibilités d'une implication fructueuse dans la famille Récompenses pour une implication dans la famille
b) Ecole	Echec scolaire Incapacité des écoles à offrir un cadre approprié pour appuyer la participation et l'apprentissage Education irrégulière/inappropriée	Possibilités d'une implication dans la vie scolaire Renforcement fructueux du fait des résultats scolaires Identité entre une école et un besoin en ce qui concerne le niveau scolaire
c) Communauté	Manque d' "efficacité communautaire" (Sampson, Raudenbush & Earls, 1997) Désorganisation communautaire Discrimination et marginalisation Exposition à la violence Manque du sens de "place" (Fullilove, 1996) Transitions (ex., urbanisation)	Interdépendance avec la communauté Possibilités d'utiliser utilement les activités de loisir Expériences culturelles fructueuses Modèles de comportement fructueux Récompenses pour une implication de la communauté Interdépendance avec les organisations d'intérêt local, y compris les organisations confessionnelles

A présent, il est définitivement prouvé que les antécédents précoces des troubles mentaux de l'adulte se retrouvent dans l'enfance (Tsuang et al., 1995). Cette évidence s'applique entre autres, aux troubles de l'humeur tels que les épisodes dépressifs et le trouble affectif bipolaire (précédemment dénommé psychose maniaco-dépressive), et aux troubles psychotiques tels que la schizophrénie. Certains troubles de l'enfance, tels que les troubles de développement profond et le trouble hyperkinétique, ne peuvent être diagnostiqués à l'âge adulte que par des professionnels de la santé. Si les professionnels de la santé de l'adulte avaient un contact plus important avec la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent et étaient formés dans ce domaine, ils pourraient probablement formuler ces diagnostics plus tôt et comprendre leur impact sur le fonctionnement d'une personne.

A présent, il est définitivement prouvé que les antécédents précoces des troubles mentaux de l'adulte se retrouvent dans l'enfance.

Une intervention précoce sur les enfants et les adolescents, et sur leurs parents/familles peut réduire ou éliminer les manifestations de certains troubles mentaux et favoriser l'intégration des enfants et adolescents dans la vie scolaire et les services de santé pour enfants et adolescents, et ainsi éviter le besoin de services spécialisés, intensifs.

L'importance des facteurs de risque et de protection spécifiques varie selon le stade de développement de l'enfant ou de l'adolescent. Il est possible que les parents aient une plus grande influence pendant les toutes premières années de l'enfance, alors qu'au cours de l'adolescence, l'impact des pairs sur la santé mentale peut être particulièrement important. Les stratégies d'intervention qui ne parviennent pas à identifier les différentes influences des facteurs de risque et de protection selon le stade de développement de l'enfant et de l'adolescent auront moins d'impact ou seront inefficaces.

L'importance des facteurs de risque et de protection spécifiques varie selon la phase de développement de l'enfant ou de l'adolescent.

1.5 Importance des stades de développement

Lors de l'élaboration des politiques et des plans relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent, il faut s'assurer que les stades de développement émotionnel, cognitif et social sont pris en compte. Ainsi, un plan visant à prévenir ou à guérir les troubles du comportement chez les adolescents devrait accorder une attention particulière à l'influence des pairs. A l'inverse, c'est l'environnement familial qui devrait recevoir la priorité dans un plan analogue destiné aux enfants en période de pré-puberté. Par conséquent, un plan visant les adolescents peut prévoir l'examen des tendances de moralité, des rapports risques - avantages ainsi que des causes et conséquences. Par contre, un plan visant les enfants en période de pré-puberté ne devrait pas adopter une telle démarche.

Au moment d'étudier les stades de développement, il est également important de prendre en considération les différences culturelles. Il ne fait pas de doute que les phénomènes observés au cours de certains stades de développement, tels que le développement précoce du langage et la réciprocité sociale (Lewis, 1996), sont applicables au niveau universel, alors que d'autres ont une spécificité culturelle. Le concept d'adolescence lui-même n'a pas la même définition sur le plan universel. Dans de nombreuses cultures, par exemple dans la culture Hmong, l'âge de 12 ou 13 ans indique la fin de l'enfance et l'entrée dans l'âge adulte. (Tbin et Friedman, 1984). Il n'y a pas de période intermédiaire de l'adolescence.

Il est important de prendre en considération les différences culturelles lors de l'étude des stades de développement.

Au Bangladesh, un enfant qui va à l'école et qui n'a aucune responsabilité économique ou sociale sera considéré comme un enfant jusqu'à l'âge de la puberté. Cependant, les garçons ou les filles qui travaillent ne seront plus considérés comme des enfants, même s'ils ont commencé à travailler à l'âge de 6 ans (Blanchet, 1996). Ces différences peuvent avoir un effet majeur sur la manière dont les politiques, les plans et les interventions spécifiques sont formulés et mis en œuvre. Par exemple, les interventions conçues pour les sociétés qui considèrent l'adolescence comme une période de dépendance à la charge des parents devront prendre en compte le rôle majeur que les parents peuvent jouer dans la recherche, l'évaluation et l'acceptation des services de santé.

1.6 Coût économique du traitement (ou de l'absence de traitement) des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent

Le Guide OMS des politiques et des services de santé mentale : La situation de la santé mentale constate que :

Les familles et les prestataires des soins de santé finissent par supporter pratiquement la totalité ou l'essentiel de ces coûts économiques, à l'exception de quelques économies de marché bien établies disposant de système publics d'envergure dotés d'un bon financement destiné aux soins de santé mentale. Même lorsque les familles supportent effectivement les charges économiques, les gouvernements et les sociétés finissent par payer un prix au regard de la réduction du revenu national et de l'augmentation des dépenses destinées aux programmes d'assistance sociale. Par conséquent, la logique économique est rigide et simple : traiter la maladie mentale peut coûter cher, mais s'abstenir de la traiter revient plus cher et est un luxe que la plupart des nations ne peuvent pas s'offrir.

Les familles et les sociétés supportent des coûts importants pour traiter les enfants et les adolescents atteints de troubles mentaux. Les enfants et les adolescents aussi bien que leurs parents/familles sont touchés. A cause de son état, l'enfant peut manquer l'école, être incapable de participer aux activités familiales ou de gagner de l'argent par d'autres moyens. La famille peut accumuler des dettes ainsi qu'une future perte de productivité. Les membres de la famille peuvent aussi encourir des frais, dans la mesure où ils changent ou perdent souvent leurs emplois pour rester à la maison avec leurs enfants ou adolescents atteints de troubles mentaux (SANE, Australie, 1992).

Les familles et les sociétés supportent des coûts importants pour traiter les enfants et les adolescents atteints de troubles mentaux..

Knapp, Scott et Davies (1999) ont démontré que les enfants qui souffrent de troubles de dépression et/ou du comportement peuvent occasionner des coûts élevés pendant l'adolescence et l'âge adulte. (Knapp et al., 2002). De plus, les enfants qui souffrent de dépression co-morbide et de trouble du comportement recourent le plus souvent aux services pour adultes et occasionnent des coûts supérieurs à ceux engendrés par la population en général ou les personnes souffrant seulement de dépression (Knapp et al., 2002). Un résultat du même ordre montre que les coûts du comportement anti-social de l'enfance à l'âge adulte étaient dix fois plus élevés pour les personnes qui ont eu un comportement fortement anti-social dans l'enfance que pour les autres. (Scott et al. 2001).

On dispose de plus en plus de preuves scientifiques de l'efficacité des interventions de prévention et de traitement des troubles mentaux (Keating et Hertzman, 1999 ; Durlak, 1998). Ainsi, les études ont démontré l'efficacité d'une intervention relative à un travail social menée en milieu familial en faveur des enfants et des adolescents qui s'intoxiquaient eux-mêmes intentionnellement (Byfford et al. , 1999) et d'un programme de divertissement pour les enfants atteints de trouble du comportement (Greenwood et al., 1996). Même si ces études ont été menées au Royaume-Uni et aux Etats-Unis d'Amérique, les résultats sont probablement les mêmes dans d'autres pays. Par contre, il n'a pas encore été prouvé que les interventions pendant l'enfance ou l'adolescence se traduisent par des économies de coûts à l'âge adulte, mais les coûts seront certainement réduits si la déficience est atténuée.

On dispose de plus en plus de preuves scientifiques de l'efficacité des interventions de prévention et de traitement des troubles mentaux.

Points clés

- Les politiques relatives à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent devraient promouvoir la santé mentale de tous les enfants et prévoir le traitement et les soins de santé pour les enfants et les adolescents qui ont des problèmes de la santé mentale.
- Les problèmes et les troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent doivent être examinés dans un contexte plus élargi.
- Les enfants et les adolescents souffrant de problèmes et de troubles mentaux sont particulièrement vulnérables à la stigmatisation et à la discrimination.
- Les troubles mentaux chez les enfants et les adolescents varient selon leur stade de développement.
- Les facteurs qui affectent la santé mentale des enfants et des adolescents peuvent être répartis en facteurs de risque et facteurs de protection.
- Les facteurs de risque et les facteurs de protection peuvent servir d'indicateurs pour les interventions.
- Les interventions en matière de santé mentale doivent tenir compte du stade de développement des enfants et des adolescents et doivent prendre en considération les différences sociales et culturelles.
- Il est de plus en plus prouvé que les interventions relatives à la prévention et au traitement sont efficaces.

2. Elaboration d'une politique relative à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent

Une enquête menée récemment montre qu'aucun pays dans le monde n'a clairement défini une politique relative à la santé mentale portant uniquement sur les enfants et les adolescents (Shatkin et Belfer, 2004). Cependant, elle relève que 34 pays (soit 7 % de la population mondiale) disposent de politiques relatives à la santé mentale bien distinctes, ce qui peut avoir un impact positif sur les enfants et les adolescents. Cette inexistence de politiques est malheureuse, car une politique distincte relative à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent peut permettre d'améliorer la qualité et l'accessibilité des services et promouvoir la santé mentale de tous les enfants et adolescents d'un pays.

Il peut être nécessaire d'associer, plusieurs systèmes différents de soins (par exemple, l'éducation, les services sociaux, la santé afin de garantir l'efficacité des services offerts aux enfants et aux adolescents. Il a été prouvé de manière irréfutable que le développement de l'enfant a une influence sur la manière dont les troubles eux-mêmes se manifestent et sur la manière dont ils peuvent être soignés. Par conséquent, il faut tenir compte du développement pour mieux cerner tous les troubles mentaux et élaborer une politique appropriée relative à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent.

Une perspective de développement est nécessaire pour comprendre tous les troubles mentaux et pour élaborer une politique appropriée relative à la santé mentale.

Une politique relative à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent devrait présenter les valeurs, principes et objectifs visant à améliorer la santé mentale de tous les enfants et adolescents et à réduire le poids économique des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent au sein de la population. Elle devrait définir une vision pour l'avenir et permettre d'établir un modèle de mise en œuvre de l'action. Une telle politique pourrait aussi mettre en exergue la priorité qu'un gouvernement accorde à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent par rapport aux priorités accordées à la santé en général, au secteur social et aux autres secteurs.

Il est important que le processus d'élaboration de la politique débouche sur la production d'un document de politique. Deux raisons en justifient l'importance. Tout d'abord, il offre un point de référence auquel les planificateurs et autres partenaires peuvent avoir recours dans le cadre de la prise de décisions ou de la résolution d'un conflit. Ensuite, il remplit une fonction symbolique en tant que résultat concret du processus d'élaboration de la politique et établit une base pour les améliorations à venir.

Le problème majeur qui se pose est de savoir si une politique relative à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent devrait faire partie intégrante d'une politique générale relative à la santé mentale, d'une politique générale relative à la santé des enfants ou être élaborée en tant que politique autonome. En effet, une politique autonome relative à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent focalisera l'attention sur les problèmes importants et s'assurera que les besoins de ce groupe sont pris en compte dans le cadre de l'élaboration d'une politique plus globale. D'autre part, une approche plus globale peut permettre de satisfaire tous les besoins de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent et permettre à plus de partenaires de participer au processus.

La présente section contient une série d'étapes qui peuvent être prises en compte dans le cadre de l'élaboration d'une politique relative à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. Ces étapes recouvrent la collecte des informations, des données et des faits avérés en vue de l'élaboration de stratégies efficaces; les consultations et négociations; les contacts avec d'autres pays, la définition d'une vision, des valeurs, des principes et des objectifs de la politique; la désignation des domaines d'action; et l'identification des principaux rôles et responsabilités des différents secteurs et partenaires.

La présente section contient une série d'étapes qui peuvent être prises en compte dans le cadre de l'élaboration d'une politique relative à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent.

2.1 Etape 1. Collecter les informations et les données en vue de l'élaboration de la politique.

L'élaboration d'une politique de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent commence par la question suivante : Quels sont les besoins de la population ? Pour y répondre, il faut connaître la prévalence des troubles mentaux et, plus particulièrement, les problèmes mentaux chez les enfants et les adolescents. Il faut également connaître la nature des ressources disponibles.

Une fois la prévalence déterminée, il devient plus facile de définir le champ d'application de la politique. Ainsi, dans certains pays, l'épilepsie et le retard mental seront pris en considération dans une politique relative à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent, alors que dans d'autres pays, ils seront intégrés dans d'autres politiques de la santé.

L'identification des besoins de la population est cruciale dans le cadre de la formulation de la politique. Les besoins peuvent être identifiés de plusieurs manières, y compris par l'analyse des informations disponibles sur la prévalence et l'incidence des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent, par la connaissance des problèmes que les communautés ont identifiés, et par la compréhension de la manière dont les populations recherchent l'assistance pour résoudre les problèmes de l'enfant et de l'adolescent (voir aussi les modules intitulés *Politique, plans et programmes relatifs à la santé mentale et Planification et prévisions budgétaires en vue de la prestation des services de santé mentale*).

L'identification des besoins de la population est cruciale dans le cadre de la formulation de la politique.

Dans certains cas, il est plus réaliste de consacrer l'attention à certains sous-ensembles de la population, par exemple, les enfants et les adolescents atteints de troubles mentaux graves, ou des enfants de la rue qui peuvent être exposés à des risques élevés de contracter un trouble mental.

Les méthodes de collecte des données ci-dessus varient en fonction des ressources et du temps disponibles. Les données épidémiologiques sont plus rares pour les enfants et les adolescents que pour les adultes. Cependant, un taux élevé de prévalence d'un trouble n'indique pas nécessairement de plus grands besoins. Un trouble rare qui compromet gravement la qualité de vie d'une personne, nécessite beaucoup de soins et est facile à prévenir, peut être prioritaire par rapport aux autres troubles qui n'ont pas ces caractéristiques.

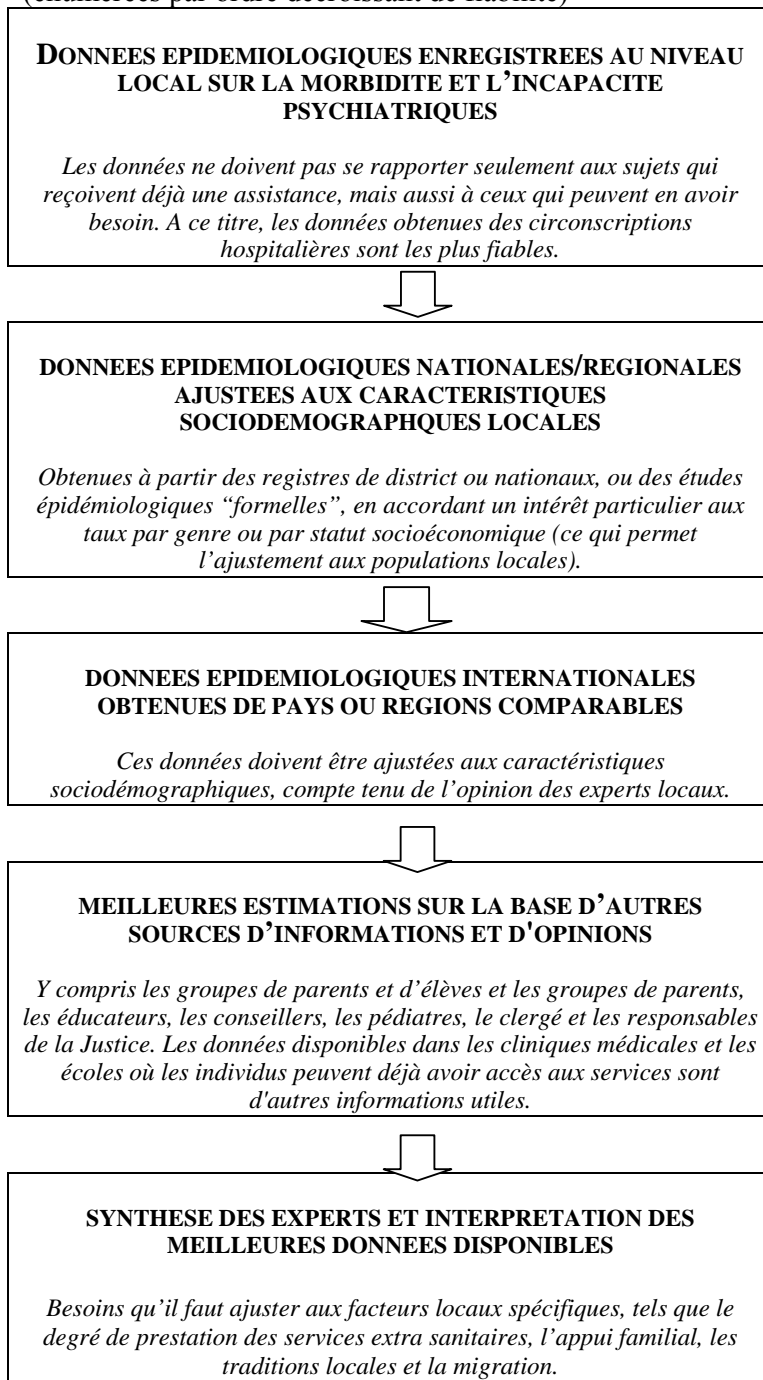
La prévalence est souvent déterminée sur la base des meilleures données disponibles. De telles estimations suffisent en général pour la planification. Les données épidémiologiques d'une bonne qualité scientifique existent rarement dans le domaine qui nécessite l'intervention des services. En général, il n'est pas conseillé de mener de telles études lorsque les ressources sont minimales.

Les estimations de la prévalence découlent très souvent d'une synthèse des meilleures données disponibles.

En plus des études épidémiologiques, l'analyse peut aussi prendre en considération une *évaluation rapide* de la population. Les entretiens avec les éducateurs, les membres du clergé et les agents de l'ordre public peuvent être utiles. Les enfants et les adolescents peuvent être pris en considération dans une telle évaluation pour avoir une perspective plus globale de la population cible concernant l'acceptabilité des services.

L'analyse peut aussi prendre en considération une évaluation rapide de la population.

Figure 2. Sources des données épidémiologiques
(énumérées par ordre décroissant de fiabilité)



En plus de déterminer la prévalence de problèmes et de troubles spécifiques, il est utile d'identifier les facteurs majeurs de risque ayant un impact négatif sur la population. Par exemple, lorsque la nécessité d'augmenter la production agricole dans de nombreuses communautés rurales est associée à la baisse du taux de scolarisation des enfants, les programmes peuvent être mis à contribution pour améliorer l'éducation scolaire et stimuler le développement social. A l'inverse, l'isolement social et les exigences de plus en plus grandes d'une meilleure performance académique dans certaines communautés développées peuvent être associés à des taux plus élevés de dépression, de suicide et de conflit familial. Cela peut nécessiter un soutien à des objectifs académiques plus réalistes et une meilleure communication familiale.

Les informations sur les besoins de la population devraient être complétées par des données adéquates et une analyse concertée de l'état actuel des services de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent dans le pays. Cette analyse prend en considération les informations disponibles sur les ressources humaines. Par exemple, quel est le rôle des dispensateurs des soins de santé primaires, quelle formation ont-ils reçue et quelles sont leurs compétences? Quel est le rôle des tradipraticiens? Quel est le nombre des professionnels spécialisés en santé mentale dans le pays et quelle formation ont-ils reçue en matière de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent? Il est important d'identifier les intervenants qui peuvent promouvoir la santé mentale des enfant et des adolescents (comme les jeunes travailleurs qui s'occupent des enfants de la rue) sans pour autant être des professionnels de la santé mentale.

Il faut comprendre les *attitudes* des professionnels de la santé face au système actuel et aux changements qui peuvent survenir. La qualité des services dépend de la compétence et de la motivation de ces professionnels.

Par ailleurs, il faut étudier les *modalités de financement* des services de santé mentale des enfants et des adolescents, car il s'agit d'identifier les sources de financement (par ex., à travers des instruments fiscaux ou des dons) et les postes de dépenses des services. Dans de nombreux pays, il n'y a pas de budget distinct pour la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. Le module sur le *Financement de la santé mentale* donne des directives supplémentaires sur les problèmes de financement.

Les informations sur les besoins de la population devraient être complétées par des données adéquates et une analyse concertée de l'état actuel des services de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent dans le pays.

Il faut comprendre les attitudes des professionnels de la santé face au système actuel.

Il est également nécessaire d'étudier les modalités de financement des services de santé mentale des enfants et des adolescents.

La structure et l'orientation générale de l'organisation des services de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent devraient être examinées pour faciliter l'identification de leurs différentes composantes et fixer un point de repère. Une analyse de la situation existante devrait prendre en considération les enseignements tirés de l'ensemble des structures dans lesquels les enfants et les adolescents vivent, sont éduqués et nouent des relations. Ces structures recouvrent : les programmes post-scolaires, les centres de santé, les centres communautaires, les programmes du jour, les lieux d'hospitalisation, les orphelinats, les lieux de culte, les prisons, les écoles, les lieux de résidence et les rues.

Une analyse de la situation existante devrait prendre en considération les enseignements tirés de l'ensemble des structures dans lesquels les enfants et les adolescents vivent, sont éduqués et nouent des relations.

Les besoins des enfants et des adolescents sont inextricablement liés à leur stade de développement et à leur contexte environnemental. Il est important de collecter les informations sur les problèmes spécifiques en rapport avec un âge donné. C'est ainsi que le retard de développement d'un enfant peut être la conséquence de la dépression maternelle qui empêche la mère de s'occuper de son enfant. Pour de tels cas, il serait important de voir si un programme de visite à domicile ou tout autre programme mère-nourrison, peut être mis en place pour promouvoir une interaction plus adaptée et faciliter l'accès de la mère au traitement psychiatrique nécessaire (Beardslee, Versage, et Gladstone, 1998 ; Lyons-Ruth, Wolfe et Lyubchik, 2000). De même, un adolescent qui souffre d'un trouble dépressif majeur, doit avoir accès aux services appropriés de diagnostic sans entraves et sans être stigmatisé. Une fois le diagnostic posé, les services pour adolescents doivent être disponibles pour sa prise en charge.

Les besoins des enfants et des adolescents sont inextricablement liés à leur stade de développement et à leur contexte environnemental.

L'Encadré 1 illustre la manière dont la collecte des informations et des données contribue à l'élaboration de la politique.

Encadré 1 Collecte des informations et des données en vue de l'élaboration d'une politique en faveur des jeunes exposés au suicide en Nouvelle-Zélande

Dans le cadre de l'élaboration des directives pour les meilleures pratiques en matière de gestion des jeunes exposés au suicide, des chercheurs de la Wellington School of Medicine (Smith, 1999) ont mené à terme une étude de tous les jeunes qui se sont suicidés pendant la période de 1994 à 1998. Cette étude comportait des contacts avec les services responsables des enfants, de la jeunesse et de la famille. Elle tenait compte, entre autres, de tous les jeunes identifiés dans les registres des services responsables des enfants, de la jeunesse et de la famille qui étaient décédés pendant la période de leur contact avec les services, et 22 autres jeunes correspondant aux noms figurant dans le registre des suicides du Service d'Information sanitaire et les systèmes de données des services responsables des enfants, de la jeunesse et de la famille.

Les résultats de cette étude montrent que 129 jeunes âgés de 12 à 16 ans sont décédés par suicide pendant la période de 1994 à 1998, parmi lesquels:

- 43% (55 jeunes) avaient eu un contact antérieur avec les services responsables des enfants, de la jeunesse et de la famille à un certain moment de leur vie;
- 33 % (43 jeunes) étaient en contact permanent ou avaient eu un contact avec les services responsables des enfants, de la jeunesse et de la famille au cours des 12 derniers mois;
- En outre, 12 jeunes avaient pris contact avec ces services plus de 12 mois avant de se suicider;
- Le taux de décès par suicide chez les jeunes qui sont en contact avec les services responsables des enfants, de la jeunesse et de la famille était de 1 sur 1000 dossiers (par an) contre 1 sur 15 000 jeunes (par an) qui n'avaient jamais eu accès à ces services;
- Les femmes ayant pris contact avec les services responsables des enfants, de la jeunesse et de la famille sont 23 fois plus susceptibles de se suicider que les femmes du même âge de l'ensemble de la population qui n'ont pas eu accès à ces services, alors que les hommes sont 5,4 fois plus susceptibles de se suicider;
- L'étude montre qu'il existe trois groupes au sein des jeunes ayant pris contact avec les services responsables des enfants, de la jeunesse et de la famille qui sont décédés par suicide:
 - Les jeunes femmes qui ont eu un faible soutien familial, ont été victimes de beaucoup d'abus, ont fait de nombreuses tentatives de suicide et ont eu des contacts continus avec les services de soutien aux enfants, à la jeunesse et à la famille;
 - Les jeunes hommes qui commettent régulièrement des délits, notamment des délits impulsifs impliquant les voitures; et
 - Les jeunes hommes et les jeunes femmes impliqués régulièrement dans la consommation excessive d'alcool et de stupéfiants et des tentatives antérieures de suicide.

Cette étude montre que les interventions ciblées sur les jeunes en contact avec les services responsables des enfants, de la jeunesse et de la famille peuvent éventuellement toucher 50 % de toutes les jeunes femmes et 25 % de tous les jeunes hommes de moins de 17 ans qui se suicident.

2.2 Etape 2. Collecter les faits observés en vue de l'élaboration de stratégies efficaces

Après avoir collecté des informations sur les besoins de la population, le processus s'est concentré sur la collecte des faits observés pour élaborer des stratégies visant à satisfaire ces besoins dans le pays ou dans la région. Les décideurs doivent non seulement connaître les stratégies qui fonctionnent bien, mais aussi les circonstances et les mesures dans lesquelles on peut s'attendre à des résultats concluants.

Les interventions relatives à la santé mentale couvrent une gamme d'activités qui vont de la promotion de la santé mentale (pour renforcer la prise de conscience et la capacité d'adaptation) et de la prévention universelle et sélective (pour réduire les facteurs de risque et de vulnérabilité et renforcer les facteurs de protection) de même que des stratégies de prévention et d'intervention précoce indiquées (pour les personnes présentant des signes précoces de troubles) au traitement d'intensité variable (pour les personnes souffrant d'un trouble avéré) et aux programmes élargis de soins de santé et de réhabilitation (pour les personnes souffrant d'incapacité secondaire due à un trouble). Les faits observés disponibles sont variés et de plus en plus nombreux ; ils permettent de garantir l'efficacité et l'efficience de telles interventions sur des populations données.

Les projets pilotes sont particulièrement adaptés à cette étape du cycle de planification de la politique. Non seulement ils fournissent des informations sur les interventions menées à bien, mais ils peuvent aussi aider à trouver les raisons pour lesquelles certains programmes ont échoué. L'Encadré 2 décrit un projet pilote destiné à identifier et à gérer les problèmes de santé mentale dans les écoles.

Les projets pilote sont particulièrement adaptés à cette étape du cycle de planification de la politique.

Encadré 2. Projet pilote pour mener une intervention en matière de santé mentale dans les écoles au Cambodge.

Au Cambodge, une équipe du Center for Child Mental Health [Centre de Santé mentale de l'enfant] (CCMH) a mené une enquête dans quatre écoles de la province de Kandal pour évaluer la prévalence des problèmes émotionnels et comportementaux chez les élèves. Un questionnaire pour identifier les forces et les difficultés a été utilisé pour évaluer: les difficultés dans les relations, la conduite et les problèmes émotionnels, les problèmes d'hyperactivité avec déficit d'attention et les aptitudes sociales. Parmi les personnes consultées, 20 % d'enseignants et 13 % de parents ont déclaré que les enfants ont des problèmes. L'équipe du CCMH a interviewé tous les "enfants présentant des antécédents", leur a prodigué des conseils à l'école et en a référé un certain nombre au CCMH s'ils avaient besoin d'une assistance supplémentaire. Les enseignants ont participé activement au "counselling en milieu scolaire" qui a renforcé les rapports élèves-enseignants. L'équipe du CCMH a organisé des ateliers dans le cadre d'un Programme scolaire de la santé mentale à l'intention des enseignants et continue de renforcer ce programme dans les quatre écoles.

(Center for Child Mental Health, Caritas, Cambodge, 2004)

En plus des projets pilotes basés sur une conception maîtrisée et une évaluation indépendante, les personnes impliquées décrivent souvent d'autres programmes intéressants. Même si les programmes peuvent ne pas avoir été conçus ou évalués formellement, ils fourniront souvent des informations utiles au processus, tels que les niveaux du programme ou l'acceptabilité du service, la participation au programme et au service, la satisfaction du client, les difficultés à organiser et à mettre en œuvre les programmes et les services et les succès escomptés.

Lors de l'évaluation des projets pilotes et des études publiées au niveau international, une distinction devrait être faite entre l'efficacité (la capacité d'une intervention à produire un effet désiré dans un cadre très réglementé) et l'efficience (la capacité d'une intervention à produire un effet désiré dans un cadre plus large, mais non réglementé). Les résultats d'une étude menée sur un groupe de population bien défini dans un cadre réglementé ne se reproduisent pas nécessairement dans les 'conditions naturelles' ; la prudence est donc de mise lorsqu'il faut appliquer directement les résultats des essais cliniques menés dans les conditions naturelles sans tenir compte des problèmes que pose leur mise en œuvre. Dans certains cas, il y a des études d'efficacité basées sur une bonne méthodologie qui ont

Il est important de faire une différence entre efficacité et efficience.

produit des résultats suffisamment probants pour être adoptés à plus grande échelle (OMS, 2000 ; Eisenberg, 2000). Les décideurs devraient se concerter avec leurs collègues et les organisations non gouvernementales (ONG) d'autres districts, provinces, pays ou régions lorsqu'ils doivent prendre une décision sur le bien-fondé des modèles de programme qui remplissent les normes raisonnables d'efficacité, en vue de leur incorporation dans la politique (Nock et al ; 2004).

2.3 Etape 3: Consulter et négocier

Il est crucial d'aboutir à un consensus et de négocier pendant chaque étape du cycle de planification des politiques. Les personnes chargées de planifier une politique peuvent générer un consensus lors de l'étape initiale de collecte des données. Les enfants et les adolescents eux-mêmes peuvent être encouragés à faire connaître leurs besoins et ainsi faire une contribution importante à la formulation d'une politique de santé mentale. Les parents et les membres de famille connaissent bien l'impact des troubles mentaux sur le fonctionnement de l'enfant ou de adolescent et de la famille. Comme toujours, c'est le financement des politiques et plans qui déterminera quelles phases du consensus se matérialiseront en fin de compte.

Le renforcement du consensus et la négociation sont extrêmement importants à chaque étape du cycle de planification de la politique.

Encadré 3. Projet de recherche sur l'action participative en milieu scolaire

Un programme communautaire de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent consistant en un projet de recherche sur l'action participative, a impliqué activement les leaders et les familles du village à chaque étape du programme, de l'élaboration à l'application. Les enfants et les familles de 15 villages de Kandal au Cambodge, et des élèves volontaires sanitaires et des enseignants de quatre écoles de la province de Kandal ont participé à ce projet pilote. Quinze élèves en psychologie se sont portés volontaires pour évaluer les "besoins en matière de santé mentale" de la communauté et un groupe principal a été mis en place pour exécuter le programme. Au total, 2000 familles ont été impliquées dans le programme. *Un Questionnaire de Recherche pour les Enfants (QRE)* a été administré pour évaluer la prévalence des troubles neurologiques et psychologiques du développement chez les enfants et les adolescents âgés de 2 à 18 ans. Le résultat démontre clairement la nécessité de l'éducation psychosociale et des initiatives d'intérêt communautaire pour favoriser les soins complets et le développement des enfants.

Center for Child Mental Health, Caritas, Cambodia, 2004

Il est de la plus haute importance de continuer à faire participer tous les principaux partenaires tout au long du cycle de l'élaboration de la politique. L'Encadré 4 présente une liste complète des partenaires dont la participation pourrait être recherchée et maintenue dans le cadre de l'élaboration d'une politique relative à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. Cependant, ce ne sont pas tous les groupes de partenaires qui interviendront ou qui joueront un rôle d'égale importance dans un pays.

Encadré 4. Exemples de partenaires susceptibles d'être consultés pour l'élaboration d'une politique de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent

Institutions universitaires impliquées dans la formation

Psychiatres/
psychologues pour
enfants et adolescents
Pédiatres
Enseignants
Travailleurs sociaux

Institutions scolaires

Collèges
Programmes
d'éducation et de
formation précoces
Ecoles
Universités

Services

gouvernementaux

Chefs de gouvernement

Ministères

Services
correctionnels
Education
Emploi
Environnement
Finances
Santé
Habitat
Intérieur
Justice
Police
Sécurité
Affaires sociales
Commerce et
Industrie

Professionnels de la santé/santé mentale oeuvrant dans les soins communautaires ou dans les services de la santé mentale pour adulte

Syndicats des travailleurs de la santé mentale

Organisations d'utilisateurs, particulièrement ceux destinées aux enfants et aux adolescents

Organisations non gouvernementales

Organisations représentant les groupes désavantagés:

Indigènes
Organisations
d'assistance
juridique
Réfugiés
Minorités tribales

Parents et autres membres de la famille

Prestataires privés de services de santé mentale

Prestataires de services issus des:

- Centres de santé
mentale de l'enfant
et de l'adolescent
- Hôpitaux
pédiatriques

Associations professionnelles des

Pédiatres
Psychiatres
Psychologues
Travailleurs sociaux
Enseignants

Institutions publiques

Organismes chargés
de la lutte contre
l'abus de substances
psychoactives
Tribunal pour
mineurs
Centres de détention
pour mineurs
délinquants
Autorités locales
Parlement
Surveillant de liberté
conditionnelle
Police

Organismes internationaux, par exemples

Fonds des Nations
Unies pour l'enfance
(UNICEF)
Fédération mondiale
pour la santé
mentale
Organisation
mondiale de la Santé

Organisations confessionnelles

Organisations familiales/ de prestataires de soins

Rassemblement des jeunes, à l'instar des Parlements des jeunes

La consultation et la négociation ont souvent pour but de solliciter le soutien d'un groupe de partenaires assez important pour susciter suffisamment de volonté politique chez les décideurs. Il y a aussi d'autres raisons qui justifient des consultations avec des partenaires d'horizons divers. Premièrement, l'écologie sociale des enfants et des adolescents est telle que leurs intérêts et leurs besoins devraient être satisfaits à divers niveaux: la famille, l'école et la communauté. Plusieurs approches sont possibles pour favoriser un ajustement psychologique sain et une bonne santé mentale. Chacun peut contribuer à l'élaboration d'une politique générale de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. Ceux qui sont le plus impliqués dans un secteur donné sont les mieux placés pour contribuer aux éléments d'une politique affectant directement ce secteur. Par exemple, une politique de promotion de la santé mentale en milieu scolaire a de meilleures chances de réussite si des éducateurs participent à sa formulation.

Deuxièmement, un processus de consultation peut renforcer l'adhésion des partenaires les plus importants. Lorsque les gens participent activement à l'élaboration d'une politique, ils sont plus concernés par sa réussite et s'assurent qu'elle « marche ». A l'inverse, lorsqu'une politique est imposée à ceux dont l'engagement est nécessaire pour la mener à bien, ils ressentiront le fait de ne pas avoir été consultés et de considérer sa mise en œuvre comme un fardeau supplémentaire. Ils peuvent aussi identifier les points faibles de la politique qui risquent de diminuer la motivation requise pour sa mise en œuvre réussie.

Troisièmement, même si les partenaires réalisent parfaitement les avantages du bien-être mental des enfants et des adolescents, ils considèrent peut-être que la santé mentale ne relève pas de leur domaine de compétence. La participation à l'élaboration de la politique leur permettra de mieux saisir ce que leur secteur pourrait apporter à l'amélioration de la santé mentale des enfants et des adolescents par le biais d'autres projets ou activités. Ainsi, les avantages de la participation au processus de formulation de la politique peuvent-ils être amplifiés.

La consultation est un processus permanent et fait que divers partenaires doivent être consultés en fonction de la phase de l'élaboration de la politique et du plan.

La consultation et la négociation ont souvent pour but de solliciter le soutien d'un collectif de partenaires assez importants pour générer assez de volonté politique chez les décideurs.

L'écologie sociale des enfants et des adolescents est telle que leurs intérêts et leurs besoins devraient être satisfaits à divers niveaux..

Un processus de consultation peut accentuer l'adhésion des partenaires les plus importants.

La participation au processus d'élaboration de la politique peut aussi améliorer leur compréhension des contributions éventuelles d'autres secteurs en faveur de la santé mentale des enfants et des adolescents.

2.4 Etape 4 : Prendre contact avec d'autres pays.

Les contacts avec d'autres pays peuvent être mutuellement avantageux. Ceux qui élaborent les politiques de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent doivent être au courant et tenir compte des progrès scientifiques réalisés dans le monde. Ceci sera plus vraisemblable le cas lorsqu'il y a des contacts permanents entre ceux qui élaborent la politique de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent dans les différents pays.

Les contacts avec d'autres pays peuvent être mutuellement avantageux..

Les consultations internationales peuvent générer des contributions importantes, surtout lorsqu'elles reflètent des similitudes dans des domaines tels que le développement économique, l'organisation du système de santé et les mesures gouvernementales. Par ailleurs, plus de pays développés peuvent être encouragés à partager leurs ressources avec des pays moins développés par le biais du parrainage de consultants, l'échange de programmes de formation ou le financement de postes de formation ou de projets de développement conjoints.

Les organisations professionnelles nationales et internationales (telles que l'International Association of Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions [l'Association internationale de la Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et les Professions apparentées], la World Association for Infant Mental Health [l'Association mondiale de la Santé mentale du Nourrisson] et la World Federation for Mental Health [la Fédération mondiale de la Santé mentale]) peuvent jouer un rôle prépondérant de soutien et de promotion du travail en réseau. Le siège et les bureaux régionaux de l'OMS sont très bien placés pour faciliter ces échanges avec d'autres pays.

2.5 Etape 5 : Définir la vision, les valeurs, les principes et les objectifs de la politique

Dans le cadre de cette étape, les décideurs élaborent l'essentiel de la politique en exploitant les résultats obtenus au cours des quatre premières étapes. Il est important d'atteindre les deux objectifs qui consistent à *faire face aux problèmes* (par exemple, la mise en oeuvre des interventions psychosociales destinées aux enfants et aux adolescents qui souffrent de troubles mentaux) et la *promotion d'un développement sain* (par exemple, la promotion de familles dans lesquelles règne l'harmonie et l'introduction de programmes scolaires d'acquisition de compétences pratiques).

Il est important d'atteindre les deux objectifs, à savoir faire face aux problèmes et promouvoir un développement sain.

La **vision** reflète les attentes positives en matière de santé mentale des enfants et des adolescents. Elle devrait préciser les résultats escomptés et les buts visés. Elle devrait être réaliste compte tenu du contexte économique et social du pays. La vision devrait servir à motiver et à unir tous les partenaires en faisant appel à leurs motivations idéalistes et altruistes. A titre d'exemple, la vision d'une politique de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent pourrait être la création d'un environnement tenant compte des besoins psychosociaux des enfants afin de favoriser au maximum leur développement.

La vision est l'ensemble des attentes positives relatives à la future santé mentale des enfants et des adolescents.

Les **valeurs** se réfèrent à la valeur, la qualité ou l'utilité intrinsèques. Elles doivent être conformes à la vision et en découler. Certaines valeurs sont largement détenues par les décideurs, les planificateurs, les prestataires de services et les défenseurs de la cause des enfants dans le domaine de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. Celles-ci comprennent les valeurs relatives à la *réduction de la souffrance* et la promotion de la *cohésion familiale*. Or, même chez ceux qui souscrivent à ces valeurs, il peut y avoir divergence concernant les implications et la signification de ces valeurs. Par exemple, un service psychiatrique de l'enfant peut exiger que tous les membres de la famille participent au plan de traitement d'un enfant souffrant d'un trouble mental pour s'assurer que l'enfant suit le traitement. A l'inverse, dans le cas d'une thérapie familiale, les efforts des professionnels peuvent viser à modifier la structure familiale, sans porter d'attention particulière au patient dont les problèmes ont précipité le recours au service psychiatrique.

Les valeurs se réfèrent à la valeur intrinsèque, à la qualité ou à l'utilité.

D'autres valeurs ont davantage trait aux circonstances culturelles, économiques et sociales et aux rôles joués par les différents partenaires dans le cadre des services de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. L'*inclusion sociale* pourrait être une valeur fondamentale pour un groupe de défense des consommateurs. Cependant, dans un système de prestation de soins de santé privé à but lucratif, l'inclusion sociale ne sera pas nécessairement une valeur à prendre en compte dans l'élaboration de la politique. Par conséquent, il est important de consulter tous les partenaires qui doivent pouvoir expliquer et négocier leurs valeurs pour parvenir à un consensus. L'élaboration ultérieure de la politique devrait toujours évoquer ces valeurs afin de favoriser une plus grande intégrité, cohérence, continuité et compréhension de cette dernière.

Les *principes* sont des conceptions d'ordre général reflétant les valeurs ; ce sont des directives ou des lignes de conduite découlant des valeurs. Par exemple, le principe selon lequel les écoles devraient participer à l'élaboration de la politique et la prestation de services découle de la valeur attribuée à l'inclusion sociale. La prestation d'un service de santé mentale des enfants et des adolescents dans des structures de soins de santé primaires découle de la valeur accordée à l'accessibilité.

Les principes sont des conceptions d'ordre général reflétant les valeurs; ce sont des directives ou lignes de conduite découlant des valeurs.

Encadré 5. Exemples de valeurs et de principes qui figurent dans les politiques de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent*	
Valeurs	Principes
Protéger et soutenir les groupes vulnérables dans la société	Développer des services de santé mentale spécifiques pour les enfants et les adolescents.
Considérer la santé mentale comme faisant partie intégrante de la santé physique	Intégrer les services de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent dans les services de santé généraux.
Garantir la justice sociale	Fournir les services de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent à tous, sans distinction de classe socioéconomique et de localité géographique.
Etre responsable de la prévention des troubles psychologiques, émotionnels et sociaux	Orienter le système de santé vers la réduction des facteurs de risque chez les sujets souffrant de troubles mentaux et le renforcement des facteurs de sécurité.
Promouvoir un développement sain	Orienter les interventions vers la promotion du développement sain de tous les enfants et les adolescents
Respecter l'autonomie des enfants et des adolescents	Impliquer les enfants et les adolescents dans les prises de décision en ce qui concerne l'élaboration et la mise en oeuvre des services et des programmes.
* Ces exemples ne sont PAS des recommandations spécifiques concernant les mesures à prendre. Voir les encadrés 12 et 13 pour les visions desquelles ces valeurs et principes pourraient provenir et les objectifs auxquels elles pourraient aboutir.	

Les **objectifs** sont plus spécifiques que les principes ; ils ont trait aux résultats que la politique souhaite obtenir et à la manière par laquelle les résultats seront obtenus. Ils devraient être mesurables pour permettre le suivi du déroulement et stipuler l'obligation de rendre compte. L'OMS a défini trois objectifs pour les politiques relatives à la santé. 1) améliorer la santé des populations ; 2) répondre aux attentes des populations ; et 3) octroyer la protection financière contre les coûts occasionnés par une mauvaise santé par des subventions, des mécanismes de participation aux frais et une assurance maladie. Ces objectifs peuvent aussi s'appliquer à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent.

Les objectifs sont plus spécifiques que les principes; ils ont trait aux résultats que la politique souhaite obtenir.

La présente description de la vision, des valeurs, des principes et des objectifs donne à penser que le processus d'élaboration de la politique avance de manière linéaire au cours de ces étapes, mais en réalité, le processus n'est pas entièrement séquentiel.

2.6 Etape 6 : Désigner les domaines d'action

Une fois les objectifs définis, ils doivent être transformés en domaines d'action. Une politique relative à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent devrait intégrer des actions coordonnées dans plusieurs domaines pour éviter des développements séparés à impact limité. Les actions menées dans des domaines différents devraient se renforcer mutuellement. Pour cela deux conditions doivent être remplies : Premièrement, il faut comprendre la manière dont les actions cadrent avec la politique de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. Ce sera probablement le cas si les étapes 1 à 5 ont été suivies. Deuxièmement, il doit y avoir un degré élevé de collaboration intersectorielle et interinstitutionnelle pour s'assurer que d'éventuelles synergies soient prises en compte afin d'éviter des duplications inutiles. Cela sera probablement aussi le cas si le processus de consultation entre partenaires a été maintenue.

Les actions dans des différents domaines devraient se renforcer mutuellement.

L'Encadré 6 identifie certaines similitudes tirées des expériences des politiques de mise en œuvre dans plusieurs régions au cours de ces dernières années.

Encadré 6. Domaines d'action en matière de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent

Financement
Collaboration intersectorielle
Législation et droits humains
Plaidoyer
Systèmes d'information
Recherche et évaluation des politiques et des services
Amélioration de la qualité
Organisation des services
Promotion, prévention, traitement et réhabilitation
Amélioration de l'accès aux médicaments psychotropes et de leur utilisation
Développement et formation des ressources humaines.

Alors qu'il y a consensus général en ce qui concerne la nécessité pour les ministères de la santé d'engager des actions dans la plupart de ces domaines pour atteindre les objectifs d'une politique générale de santé, l'accent mis sur chaque domaine, ou les priorités au sein de chaque domaine, varieront d'un pays/d'une région à l'autre. Les besoins et les demandes de la population en matière de santé mentale, l'organisation de la société et la culture ainsi que la politique gouvernementale permettront de déterminer les aspects auxquels il faut accorder une attention particulière dans chacun de ces domaines.

Financement

Le financement adéquat et soutenu est l'un des facteurs les plus importants de la mise en œuvre de la politique. C'est un instrument puissant qui offre la possibilité au ministère de la santé de transformer la politique en réalité (voir le module intitulé *Financement de la santé mentale*).

Il est nécessaire d'établir un budget pour les services de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent, qu'il soit intégré dans le budget global de la santé, le budget spécifique de la santé mentale, ou le budget de l'enfant et de l'adolescent. Si tel n'est pas le cas, les services de la santé mentale de l'adulte (qui en général ne sont pas dotés de suffisamment de fonds) risquent de faire face à des problèmes de financement des services de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. Par ailleurs, il est

Le financement adéquat et soutenu est un instrument puissant qui offre la possibilité au ministère de la santé de transformer la politique en réalité.

nécessaire d'avoir un processus au terme duquel les dépenses peuvent être contrôlées et publiées périodiquement, de manière que les comparaisons puissent être faites entre les budgets et les dépenses destinés aux enfants et adolescents et ceux destinés aux adultes. Cela peut contribuer à une plus grande transparence dans les décisions d'allocation de fonds, favoriser une distribution des ressources plus équitable et faciliter l'identification des domaines prioritaires des besoins dans la planification en cours.

Le *financement soutenu est déterminant* pour deux raisons: (i) certaines interventions relatives aux enfants et aux adolescents doivent être disponibles pendant une longue période. (ii) Les effets bénéfiques d'une intervention peuvent se manifester seulement quelques années plus tard. Par conséquent, pour s'assurer que les budgets soient maintenus d'un cycle d'élection au suivant, il faut sensibiliser et éduquer le public pour s'assurer que le financement ne soit pas basé uniquement sur des intérêts à court terme. Dans certains pays, les ONG dispensent la plupart des services destinés aux enfants et aux adolescents. Elles devraient être encouragées à promouvoir des services durables à long terme.

Un financement soutenu est déterminant.

Les services de santé mentale doivent inciter *les organismes potentiellement concurrentiels à unir leurs efforts*. Les besoins de l'enfant et de l'adolescent, plutôt que les besoins du programme, devraient être les priorités dans le cadre de l'allocation du financement. Pour les enfants et les adolescents atteints de troubles complexes, un financement collectif est souhaitable, dans la mesure où de nombreux organismes sont impliqués.

Les services de santé mentale doivent inciter les organismes potentiellement concurrentiels à unir leurs efforts.

Le financement conjoint est l'une des incitations financières les plus courantes en vue de promouvoir la collaboration entre divers organismes. Ainsi, un programme visant à promouvoir la santé mentale des enfants de rue pourrait impliquer les systèmes de santé (les services de conseil en matière de drogue), de l'éducation (le soutien en milieu scolaire) et de la justice pour mineurs (le chemin de la prison pour les jeunes délinquants), et encourager les organismes à travailler en synergie pour réaliser les objectifs du programme. Une meilleure compréhension du rôle des autres, dans leurs zones de compétence, dans la promotion de la santé mentale est l'un des avantages découlant de la collaboration intersectorielle.

Le financement des services de santé doit favoriser la mise sur pied d'un «*continuum de services*», c'est-à-dire un mélange optimum de divers services biomédicaux et psychosociaux. Le choix du consommateur doit être pris en considération lorsqu'on décide des services à offrir. Le nombre de services disponibles aux différents niveaux (soins de santé primaires, soins de santé communautaires, hôpitaux généraux ou institutions psychiatriques) dépend des décisions prises en matière de financement aux niveaux national et de district (voir le module intitulé *Organisation des services de santé mentale*).

Le financement doit favoriser la mise sur pied d'un continuum de services.

Le financement des services devrait permettre un certain degré de flexibilité pour tenir compte du coût de cas exceptionnels qui, atypiquement, constituent des dépenses pouvant faire dévier le coût moyen des soins. Les enfants et adolescents atteints de schizophrénie ou de trouble obsessionnel compulsif grave sont des exemples de tels cas. La durée et la réponse au traitement de tels troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent sont imprévisibles et peuvent nécessiter des soins à long terme. Le fait d'inclure des prévisions budgétaires pour une utilisation disproportionnée des services par un certain nombre de patients peut permettre d'éviter des crises financières.

Le financement des services devrait permettre un certain degré de flexibilité pour tenir compte du coût des cas exceptionnels.

Organisation des services

Même dans les pays les plus développés, la mise en place de services de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent constitue un défi. Cependant, la mesure dans laquelle ce défi peut être relevé dépend non seulement des ressources disponibles dans le pays, mais aussi de la créativité et de la volonté de renforcer les atouts locaux, d'unir les ressources, et de la détermination ferme à vouloir intégrer les enfants et les adolescents souffrant de troubles mentaux dans les structures communautaires.

L'OMS recommande un mélange optimum de services, comme l'illustre la Figure 3. Le tableau 3 présente des exemples de soins de santé spécifiques relatifs à ce mélange optimum. La proportion la plus importante des soins de santé mentale devrait être la gestion autonome de la prise en charge et les services informels de santé mentale, suivis par les soins de santé primaires, les soins de santé mentale d'intérêt communautaire et les soins dans les hôpitaux généraux. Les hôpitaux psychiatriques jouent un rôle minimum dans ce mélange optimum des services. Alors qu'il est probable que les besoins pour ce type de services varient d'un pays à l'autre, la proportion requise dans les pays est à peu près la même.

Figure 3. Gamme de services recommandée par l'OMS

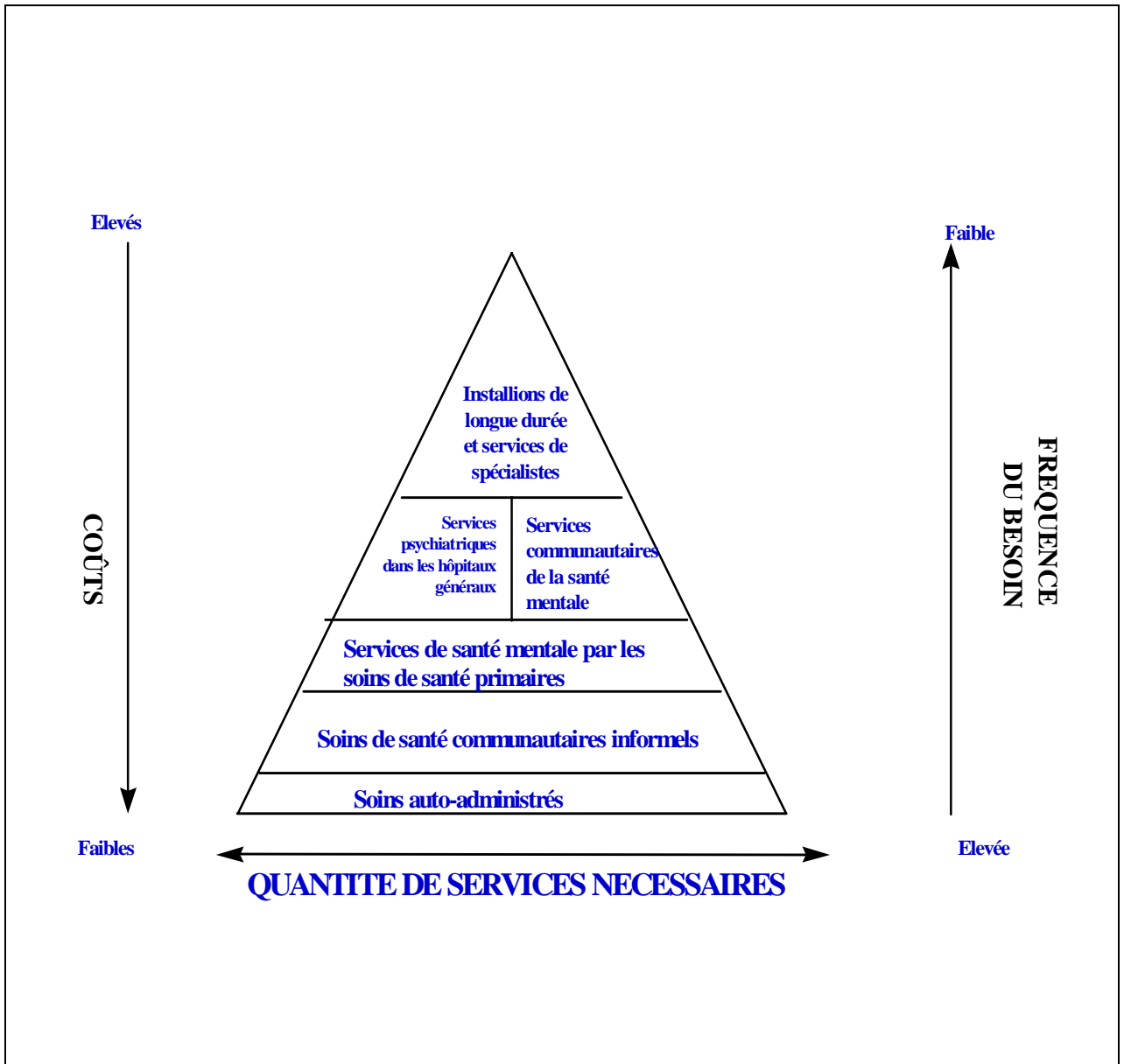


Tableau 3. Services de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent

Type de service	Site	Personnel	Activités
Soins de santé communautaires informels	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Familles <input type="checkbox"/> Ecoles <input type="checkbox"/> Prisons <input type="checkbox"/> Domiciles des enfants <input type="checkbox"/> ONG 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Personnel extra-sanitaire <input type="checkbox"/> Volontaires 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A ce niveau, les services doivent mettre l'accent sur la promotion de la santé mentale et la prévention primaire des troubles mentaux
Soins de santé primaires	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Centres de santé intégrés <input type="checkbox"/> Hôpitaux de district <input type="checkbox"/> Services de protection maternelle <input type="checkbox"/> Services à la famille 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Personnel sanitaire <input type="checkbox"/> Docteurs <input type="checkbox"/> Infirmiers 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Eduquer les parents et les jeunes en santé générale et en santé mentale <input type="checkbox"/> Identifier les problèmes en santé mentale (et les tendances au suicide) <input type="checkbox"/> Identifier les jeunes sujets exposés aux problèmes de santé mentale <input type="checkbox"/> Organiser des services de conseil pour des jeunes et leurs familles <input type="checkbox"/> Assurer la gestion de base des troubles de comportement, le suivi et l'appui de jeunes sujets qui se trouvent dans des conditions chroniques
Santé mentale d'intérêt communautaire	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Equipes communautaires de santé mentale <input type="checkbox"/> Centres d'orientation des enfants <input type="checkbox"/> Unités de protection de l'enfant contre les abus <input type="checkbox"/> Services d'appui scolaire 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Spécialistes de la santé mentale, par ex. psychiatres, psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux <input type="checkbox"/> Equipes pluridisciplinaires avec formation supplémentaire en santé mentale de l'enfant et de l'adolescent 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identifier et traiter les problèmes graves que les services de soins de santé primaires ont référés <input type="checkbox"/> Consulter, superviser et former le personnel en charge d'administrer les soins de santé primaires <input type="checkbox"/> Etablir des liens avec d'autres secteurs locaux et provinciaux et les ONG dans des initiatives intersectorielles de prévention et de promotion
Hôpitaux généraux ou pédiatriques	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Complexes hospitaliers universitaires <input type="checkbox"/> Hôpitaux régionaux 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Spécialistes de la santé mentale, par ex. psychiatres, psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux <input type="checkbox"/> Equipes pluridisciplinaires avec formation supplémentaire en santé mentale de l'enfant et de l'adolescent 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identifier et traiter les problèmes graves que les services de soins de santé primaires ont référés <input type="checkbox"/> Consulter, superviser et former des agents communautaires du service de la santé mentale <input type="checkbox"/> Etablir des liens avec d'autres secteurs locaux et provinciaux et les ONG dans des initiatives intersectorielles de prévention et de promotion
Installations pour séjour de longue durée et services de spécialistes	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Services pour maladies chroniques <input type="checkbox"/> Centres de santé infantile et familiale <input type="checkbox"/> Centres pour troubles nutritionnels <input type="checkbox"/> Centres de santé pour adolescents <input type="checkbox"/> Centres de protection contre les abus <input type="checkbox"/> Secteur privé 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Spécialistes de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Faire des diagnostics hautement spécialisés et administrer le traitement <input type="checkbox"/> Organiser une consultation et une formation d'appui à tous les niveaux de service <input type="checkbox"/> Réhabiliter les sous-groupes tels que les enfants et les jeunes autistes et les sujets exposés aux troubles psychotiques

Source: Extrait de Dawes et al., 1997

Dans la mesure du possible, les services de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent ne devraient pas être installés près des services généraux de la santé de l'enfant et de l'adolescent. En outre, il faudrait avoir des salles d'hospitalisation séparées pour la prise en charge dans le cadre de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent parce que les enfants et les adolescents peuvent être victimes de la peur et de l'intimidation s'ils sont traités à côté des adultes. Des outils, des instruments et des locaux différents sont nécessaires dans le cadre du travail relatif à la santé mentale des enfants et des adolescents, à l'exemple des jeux thérapeutiques, des manuels d'évaluation de l'évolution des cas et des formulaires de collecte des données d'observation. Dans certains scénarios, il peut être avantageux de mettre ensemble les services destinés aux enfants et aux adultes. Ainsi dans le cas des services destinés aux mères souffrant de troubles psychiatriques post-partum, il peut être approprié de s'occuper de la santé mentale du nourrisson dans la même structure.

Les enfants et les adolescents sont en général mieux servis dans des salles d'hospitalisation séparées.

Il est nécessaire de *coordonner* les différents niveaux de traitement en fonction du degré de gravité de la maladie. Par exemple, un centre de réhabilitation des toxicomanes qui traite un adolescent souffrant d'intoxication due à l'inhalation de la colle ou de la consommation d'opium devrait contacter le conseiller local en matière de dépendance aux substances psychoactives qui peut être amené à traiter la personne après sa sortie du centre. Un professionnel de la santé qui examine et initie le traitement d'un enfant atteint d'épilepsie devrait contacter le tradipraticien qui a également été consulté.

Il est nécessaire de coordonner les différents niveaux de traitement disponibles en fonction du degré de gravité de la maladie.

Le concept d'un système de prise en charge associé à un continuum de services a été mis au point pour garantir des services cohérents. Un tel système coordonne les services des programmes des différents organismes pour satisfaire aux besoins de l'enfant ou de l'adolescent dans diverses structures, des services communautaires les moins restrictifs (consultation externe) aux services les plus restrictifs (milieu hospitalier). En l'absence d'un système de prise en charge organisé, la communication sera sans doute mauvaise et l'utilisation du service inefficace. Les systèmes de prise en charge d'intérêt communautaire facilitent l'accès aux soins et offrent la possibilité de traiter les enfants et les adolescents dans le contexte de leurs familles, leurs écoles et leurs communautés (voir le module intitulé *Organisation des services de santé mentale* pour plus de détails).

Le concept d'un continuum de services implique l'existence de liens entre services.

Il est primordial de faire participer les parents/familles et les collectivités locales à la planification des services de la santé mentale des enfants et des adolescents. A titre d'exemple, les parents/familles peuvent proposer des modifications susceptibles d'améliorer les services existants ou identifier des défaillances actuelles du continuum de services auxquelles les nouveaux services pourront remédier et ainsi mieux faire face aux problèmes de santé mentale des enfants et des adolescents. L'Encadré 7 contient des exemples de planification du traitement au niveau du continuum de services et de résultats positifs obtenus lorsque les parents/familles ont été impliqués dans la planification du traitement d'une jeune personne.

Il est important de faire participer les parents /familles et les communautés à la planification des services de la santé mentale des enfants et des adolescents.

Encadré 7. Planification du traitement au niveau du continuum de services et implication des membres de la famille

Exemple 1 (Grimes, 2001)

Le Massachusetts Mental Health Services Programme [Programme de services de santé mentale des jeunes, Massachusetts] (MaMHSPY) a soutenu un modèle de "gouvernance partagée" pour satisfaire aux besoins en matière de santé mentale des adolescents et des enfants. Six agences oeuvrent ensemble pour mettre l'accent sur un groupe "à risque" et les enfants malades. Un "financement mixte" est utilisé, ce qui revient à dire que chaque agence apporte une part du financement du programme. Les porte-parole des familles et les décideurs des agences participent au Comité directeur du MHSPY. Les problèmes de santé et de santé mentale sont résolus par ce modèle de gouvernance. Pour bénéficier de ce programme, les jeunes et les familles doivent remplir des critères établis par consensus sur la base des échelles de détérioration facilement disponibles (par exemple, le barème d'évaluation fonctionnelle de l'enfant et de l'adolescent (CAFAS)). La classe d'âge couverte va de 3 à 18 ans et la priorité est accordée aux sujets les plus exposés au risque (résultats supérieurs à 40) d'être hébergés "hors de la maison". Les avantages comprennent, entre autres, une longue liste de services actuellement disponibles, considérés comme "soins usuels", et une liste d'autres programmes élaborés pour satisfaire aux besoins observés. Chaque famille a accès à un administrateur des soins qui constitue une équipe chargée de la planification des soins comprenant les professionnels et les non-professionnels. Cette équipe crée une "mission" en faveur de l'enfant. Elle évalue cette mission sur la base des forces, identifie les besoins et planifie les interventions. L'administrateur de soins administre certains soins, établit un lien entre ces soins et les soins primaires et supervisent tous les soins; il/elle entretient une relation étroite avec la famille, mais ne joue pas le rôle de thérapeute.

Le nombre de jours passés hors de la maison a beaucoup baissé du fait de cette intervention et de meilleurs résultats ont été observés à l'école, au sein de la famille et de la collectivité locale. L'utilisation des services est devenue moins coûteuse, les services moins restrictifs, et le programme est mieux suivi et mieux accepté par les utilisateurs.

Exemple 2 (Kamradt, 2000)

Anthony a 15 ans. Il est Afro-Américain et a été affecté au programme de santé mentale, Wraparound Milwaukee, après avoir commis de nombreuses infractions à la loi ayant causé des dommages matériels. On a diagnostiqué un trouble de déficit d'attention et une dépression majeure. Les points forts de sa famille étaient leur désir de le garder à la maison, la disponibilité de tantes et d'oncles pouvant le prendre en charge lorsque la famille était stressée et la motivation de sa famille pour le faire soigner. La force d'Anthony était son ouverture, son affection pour ses frères et sœurs, son désir de trouver un emploi et son amour pour ses parents.

Son équipe de santé mentale (appelée Equipe de l'enfant et de la famille) comprenait sa mère, son beau-père, sa tante, une fratrie, un thérapeute à domicile, un surveillant de liberté conditionnelle, un mentor bénévole et un agent de santé mentale (appelé coordonnateur de soins). Les services formels qu'il recevait grâce au programme de santé mentale comprenaient, entre autres, le traitement quotidien à domicile, l'encadrement et la formation particulière au poste de travail. La tante d'Anthony fournit les services informels – Anthony vit avec elle pendant certaines de ses crises.

Anthony est dans le programme de santé mentale depuis deux ans. Il n'a plus violé la loi, il est l'un des meilleurs élèves d'un programme d'éducation spécial et retournera bientôt à l'école de son quartier. Il travaille aussi à temps partiel.

Promotion, présentation, traitement et réhabilitation

Les décideurs devraient examiner toutes les bonnes options de prévention de la maladie, de promotion de la santé, de traitement et de réhabilitation. La prévention de la maladie et la promotion de la santé chez les enfants et les adolescents peuvent avoir des implications particulièrement profondes. Ainsi, la plupart des troubles mentaux dont souffrent les adultes ont leur origine dans l'enfance et l'adolescence. L'ampleur du déséquilibre fonctionnel à long terme peut, par conséquent, être réduite grâce à une identification et une intervention précoces. Les interventions relatives à la promotion de la santé peuvent mettre l'accent sur les facteurs, tels que la pauvreté et la

Les décideurs devraient examiner toutes les bonnes options de prévention de la maladie, de promotion de la santé, de traitement et de réhabilitation.

stigmatisation, qui déterminent ou entretiennent une mauvaise santé mentale. Les programmes d'enseignement de compétences pratiques et les écoles respectueuses de l'enfant ont prouvé qu'ils pouvaient aider à promouvoir une bonne santé mentale (OMS, 1993, OMS, 1998). En Nouvelle-Zélande, le concept de rétablissement oriente les interventions. Ce concept met en relief la nécessité de soutenir « la capacité à mener une vie saine en présence ou en l'absence d'une maladie mentale (voir www.nhc.govt.nz/publications/2001/Recovery_Compencies.Pdf).

La priorité devrait être accordée aux populations vulnérables telles que les orphelins, les enfants qui souffrent de maladie chronique, ceux qui ont des difficultés à apprendre, les réfugiés, les enfants qui souffrent d'un handicap mental, ceux qui ont subi des violences physiques, sexuelles ou émotionnelles, les enfants abandonnés, et les enfants ou les jeunes qui ont violé la loi. On devrait s'efforcer de mener des interventions dans les milieux fréquentés par les jeunes, à savoir les écoles, les domiciles, les lieux de travail, les clubs de voisinage, les organismes pour jeunes et les services de santé.

Encadré 8. Projet scolaire de promotion de la santé mentale en République islamique d'Iran

Le programme national de santé mentale en République islamique d'Iran a été lancé en 1988 et met l'accent sur l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaire. Au cours des dernières années, le nombre croissant de jeunes (près de 16,5 millions d'élèves) et le processus rapide de l'urbanisation et ses conséquences psychosociales connexes – comme le traduisent différentes enquêtes – ont mis en exergue la nécessité spécifique de promouvoir la santé mentale dans les écoles. Un projet pilote à l'intention des élèves et de leurs parents a été initié à Damavand, une ville au nord de Téhéran. Cette intervention a permis d'améliorer considérablement les attitudes des élèves et des parents envers la santé mentale, augmenté l'estime de soi chez les élèves, réduit la peur des examens, mis un terme au châtimeut corporel, réduit les agressions sexuelles et conduit à une baisse de la consommation de tabac (Yasamy et al., 2001). Depuis, le programme couvre l'ensemble du pays.

La médication destinée aux enfants et aux adolescents devrait être prescrite lorsqu'elle est cliniquement indiquée et ceci dans le cadre d'un plan de soins plus global. L'objectif du présent module n'est pas de donner des orientations en vue des interventions cliniques. La question de savoir si la médication est cliniquement indiquée devrait trouver sa réponse dans les résultats scientifiques concernant le contexte donné de chaque enfant ou adolescent. S'agissant de l'utilisation de la médication, il existe de nombreuses directives à large échelle publiées par les organisations professionnelles et les groupes d'experts-conseils (Académie américaine de la Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, 2002) : La politique doit refléter les débats en cours sur les preuves de l'efficacité des différentes médications (Barkley 2002). Il faudrait tout faire pour s'assurer que l'enfant ou l'adolescent et sa famille comprennent et approuvent la nécessité d'une médication.

La médication destinée aux enfants et aux adolescents devrait être prescrite lorsqu'elle est cliniquement indiquée et ceci dans le cadre d'un plan de soins plus global.

Une allocation budgétaire adéquate est essentielle pour garantir un approvisionnement régulier en médicaments et faire en sorte que les centres de traitement sont régulièrement approvisionnés. L'utilisation des médicaments génériques moins chers peut contribuer à la maîtrise des coûts (Voir le module intitulé *Amélioration de l'accès au traitement et de l'utilisation des médicaments psychotropes*).

Il est important de garantir un approvisionnement régulier en médicaments des centres de traitement.

Collaboration intersectorielle

Etant donné que le bien-être des enfants et des adolescents est apparent et influencé par leur participation aux multiples secteurs de la société, la politique relative à la santé mentale devrait promouvoir la collaboration entre les différents secteurs concernés, tels que l'éducation, les affaires sociales, la religion, l'habitat, les services de rééducation, la police et d'autres services. Tous les partenaires qui ont été consultés précédemment peuvent participer à cette collaboration intersectorielle (Encadré 4). Cette forme de collaboration est importante pour les raisons suivantes:

Tous les partenaires consultés au préalable peuvent participer à la collaboration intersectorielle.

- elle renforce une étude d'ensemble d'un problème
- elle encourage un continuum de soins
- des facteurs de risque communs sont à la source de certains des problèmes rencontrés dans de nombreux secteurs différents (Durlak, 1998),
- elle offre des approches d'étude variées d'un problème;

- des problèmes similaires ou identiques peuvent être traités dans des structures différentes ;
- elle peut augmenter l'utilité et l'efficacité en réduisant les chevauchements et en stimulant la synergie entre les secteurs ; et
- elle accentue la prise de conscience dans les autres secteurs du rôle que les différents partenaires peuvent jouer dans la mise en œuvre des stratégies de promotion de la santé mentale.

Encadré 9. Suggestions pour garantir une collaboration intersectorielle optimale

Qui doit collaborer, et pourquoi?

- ❑ La planification initiale doit inclure une identification des personnes qui doivent être impliquées.
- ❑ Tous les participants doivent aboutir à un consensus quant à la raison pour laquelle ils doivent travailler ensemble ce qui est une condition *sine qua non* pour générer l'engagement indispensable pour un tel travail.

Appui structurel

- ❑ La collaboration intersectorielle doit être institutionnalisée et ne pas d'éprendre d'arrangements ad hoc ou de faveurs.
- ❑ L'institutionnalisation peut prendre les formes suivantes: mise en place de systèmes de motivation et de récompense subordonnés à l'action intersectorielle commune; création d'opportunités d'emplois qui vont au-delà des frontières traditionnelles; et développement et formation du personnel pour préparer les secteurs concernés à participer à l'effort commun.

Revoir les différents objectifs et perspectives

- ❑ Les différents secteurs doivent être au fait de leurs devoirs et objectifs communs, et de la manière dont chaque domaine de spécialisation peut contribuer à l'accomplissement de ces objectifs et missions.
- ❑ Il faut créer des possibilités de réunir les différents secteurs. C'est souvent l'"action" qui permet de découvrir les avantages d'une collaboration intersectorielle
- ❑ L'institutionnalisation de la collaboration intersectorielle (susmentionnée) permet de créer des structures qui "forcent" les différents secteurs à travailler ensemble et, ce faisant, à atteindre leurs objectifs communs.
- ❑ La mise en évidence d'une expérience commune dans les différents secteurs peut faciliter une approche intersectorielle. Une approche fondée sur des paramètres (par exemple, en insistant sur la création d'écoles oeuvrant pour la promotion de la santé) est un moyen permettant d'aborder les questions d'intérêt commun.

- ❑ Il faut identifier les avantages qu'il y a à travailler ensemble, et à combattre la peur et la résistance.
- ❑ Le secteur de la santé doit être au fait du caractère multidimensionnel de son travail et reconnaître la nécessité de tenir compte d'autres secteurs pour essayer de résoudre les problèmes et satisfaire aux besoins.

Ressources

- ❑ La peur de perdre des ressources doit être prise en compte. Il faut démontrer comment l'action commune est profitable pour tous les partenaires.
- ❑ Les ressources (finances, fonctions, temps) doivent être affectées à l'action intersectorielle commune.
- ❑ Il faut définir clairement les responsabilités de chacun.

Dynamique du pouvoir

- ❑ Chercher à préciser les responsabilités pour garantir le respect des principes de responsabilité.
- ❑ Chercher à résoudre les problèmes de représentation et de consultation pour s'assurer que la communication est fluide dans l'ensemble du système.
- ❑ Gérer la dynamique du groupe pour garantir une participation optimale.
- ❑ Fournir des efforts pour s'assurer qu'il y a équité entre les différents secteurs impliqués.

Processus politiques

- ❑ Mettre en relief les avantages politiques de la collaboration intersectorielle pour toutes les directions ou tous les ministères.
- ❑ Officialiser un accord conjoint entre le ministère de la santé et les autres ministères.
- ❑ Une collaboration intersectorielle fructueuse dépend de l'organisation générale du gouvernement – la manière dont les directions et les ministères s'articulent et communiquent entre eux influence les modalités et l'ampleur de la collaboration intersectorielle.

Extrait de Lazarus, Moolla & Reddy, 1996.

Activités de Plaidoyer

Les activités de plaidoyer ont pour but de modifier les principales barrières structurelles et comportementales pour permettre d'obtenir des résultats positifs en matière de santé mentale des populations. Les méthodes utilisées incluent la mobilisation, les campagnes de sensibilisation, l'éducation et la formation. Les objectifs visés par ces actions en faveur de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent comprennent:

Les activités de plaidoyer vise à modifier les principales barrières structurelles et comportementales pour obtenir des résultats positifs en matière de santé mentale des populations.

- la modification de la législation et des textes réglementaires du gouvernement pour s'assurer que les droits humains des enfants et des adolescents sont respectés;
- l'égalité des chances pour tous les enfants et adolescents atteints de troubles mentaux d'avoir accès aux services de santé;
- l'amélioration de la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents;
- le maintien des enfants et des adolescents en dehors des institutions psychiatriques lorsque cela est possible (particulièrement en ce qui concerne la prise en charge de jeunes enfants en raison de l'épidémie du VIH/SIDA);
- l'inscription de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent dans les programmes des gouvernements;
- le combat contre la stigmatisation et la discrimination liées aux troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent dans les communautés ; et
- la prise en compte des éléments de la santé mentale dans l'élaboration des politiques et plans d'autres secteurs (par exemple, les programmes sociaux doivent prendre en considération la nécessité d'offrir à l'enfant les soins et le logement appropriés en vue de promouvoir un environnement sain indispensable à son éducation).

Les activités de plaidoyer en faveur de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent menées par les parents, les professionnels et les départements ministériels chargés de la santé et de l'éducation ont apporté une nouvelle prise de conscience aux organes législatifs dans les pays développés sur la nécessité de créer des services de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. La recherche internationale en la matière et l'intérêt clinique accordé aux troubles spécifiques

Le plaidoyer en faveur de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent a favorisé une meilleure sensibilisation des organes législatifs des pays développés pour la création de services de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent.

peuvent accélérer la création de groupes parentaux de sensibilisation, à l'exemple des initiatives naissantes concernant l'autisme. Il est utile de soutenir ces groupes en tant qu'alliés dans l'élaboration de la politique pour les raisons suivantes : (i) les parents des enfants et des adolescents souffrant de troubles mentaux ont tendance à avoir une connaissance approfondie du trouble, ce qui peut être exploité pour atteindre des objectifs communs. (ii) les groupes parentaux de sensibilisation peuvent faciliter la mobilisation du soutien des ONG pour l'élaboration du programme. (iii) les défenseurs des parents peuvent être des groupes de pression efficaces, notamment pour ce qui concerne la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent ; et (iv) ces groupes apportent un soutien aux travailleurs sociaux qui, sans cela, ne seraient peut-être pas en mesure de faire face à la situation et risqueraient de transférer le fardeau à l'Etat.

Les adolescents peuvent être de grands défenseurs de leurs propres intérêts et préoccupations. Ils doivent être considérés avec respect et être consultés dans le cadre de l'élaboration des politiques et des plans.

La création d'un ministère ou d'une commission chargée de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent peut garantir une activité durable et intégrée dans les différents départements ministériels. Un tel organe peut aussi devenir un défenseur efficace des besoins des enfants et des adolescents en se constituant comme interlocuteur puissant au sein du gouvernement.

Législation et droits humains

La santé mentale de l'enfant et de l'adolescent est plus efficace lorsqu'elle inclut un cadre qui établit un rapport entre le développement de l'enfant et de l'adolescent et une compréhension de leurs droits. Par conséquent, le rôle de la législation serait de codifier et consolider les principes, les valeurs et les objectifs fondamentaux des droits de l'enfant relatifs à la santé mentale.

Les droits de l'enfant bénéficient d'un soutien général. (*La Convention des Nations unies sur les Droits de l'Enfant* (CDE) de 1989 demande aux signataires de veiller à ce que tous les enfants aient le droit à un développement physique et mental, et à la protection contre les mauvais traitements et l'exploitation. La CDE stipule également que les enfants

La santé mentale de l'enfant et de l'adolescent est plus efficace lorsqu'elle inclut un cadre qui établit un rapport entre le développement de l'enfant et de l'adolescent et une compréhension de leurs droits.

doivent être consultés et entendus sur les questions qui les concernent. Elle soutient explicitement et implicitement la nécessité de s'occuper des besoins des enfants en matière de santé mentale. Il est possible d'incorporer de nombreux aspects de la CDE dans la politique ou la législation. Ainsi, l'article A19 stipule que toutes les mesures appropriées visant à protéger l'enfant contre toutes les formes de violence physique ou mentale devraient être prises, et qu'un enfant mentalement ou physiquement handicapé devrait jouir d'une vie pleine et décente dans laquelle la participation aux activités communautaires est facilitée. D'autres articles s'intéressent aux problèmes qui ont trait aux services de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent, tels que: (i) la disposition relative à la confidentialité; (ii) la disposition relative à la réglementation stricte sur l'admission involontaire; (iii) la garantie du droit de visite des membres de famille; (iv) l'interdiction de traitements coercitifs inutiles, à l'exemple de la thérapie électroconvulsive abusive, la sédation ou la contrainte; et (v) la protection des personnes atteintes de troubles mentaux contre les mauvais traitements.

La Résolution 46/119 de l'Assemblée générale des Nations unies sur la *Protection des Personnes atteintes de maladie mentale et l'amélioration de la prise en charge* en matière de *Santé mentale* adoptée en 1991, représente un autre effort international important en vue de sauvegarder les droits de toutes les personnes atteintes de troubles mentaux. Il existe 25 principes qui relèvent de deux catégories générales ; les droits et procédures civils et l'accès aux soins et la qualité de ceux-ci. Certains principes portent sur: (i) l'énoncé des libertés et des droits fondamentaux des personnes souffrant de trouble mental; (ii) les critères relatifs à la définition du trouble mental; (iii) la protection de la confidentialité; (iv) les normes de soins et de traitement, y compris l'admission involontaire et le consentement au traitement; (v) les droits des personnes atteintes de troubles mentaux en matière de services de santé mentale; (vi) la fourniture des ressources destinées aux services de santé mentale; (vii) la mise en place des mécanismes de contrôle; (viii) la disposition relative à la protection des droits des délinquants atteints de troubles mentaux; et (ix) les garanties de procédure visant à protéger les droits des personnes atteintes de troubles mentaux.

Les enfants sont protégés dans le cadre de tous les instruments des droits humains. Il en est ainsi du Pacte international relatif aux droits civils et politiques dont l'Article 7 protège toute

personne, y compris les personnes atteintes de problèmes de santé mentale, contre la torture, les traitements ou châtiments cruels ou inhumains ou dégradants, et le droit de ne pas être soumis aux expérimentations médicales ou scientifiques sans un libre consentement. Un autre instrument porte sur le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, qui stipule que (Section 10.3) :

Des mesures spéciales de protection et d'assistance devraient être prises au nom de tous les enfants et les jeunes personnes sans aucune discrimination pour des raisons d'ascendance ou pour d'autres conditions. Les enfants et les jeunes personnes devraient être protégés contre l'exploitation économique et sociale. Leur emploi dans un travail préjudiciable à leur moralité ou à leur santé ou dangereux pour leur vie ou de nature à compromettre leur développement normal devrait être puni par la loi. Les Etats devraient fixer les limites d'âge au-dessous desquels le travail salarié de l'enfant devrait être interdit et puni par la loi.

Un problème particulièrement important relatif aux droits des enfants et des adolescents porte sur l'utilisation appropriée de l'admission involontaire et du traitement, dans la mesure où cette décision peut être confiée à un parent, un tuteur ou un membre de la famille. Dans certains cas, les psychiatres ou le système juridique peuvent prendre cette décision. Les droits de l'enfant ou de l'adolescent ne doivent pas faire contrepoids aux besoins de la société en matière de dispensation des traitements à ceux qui, en raison d'un trouble mental, présentent des risques pour eux-mêmes ou pour les autres, ou à ceux qui sont incapables de percevoir la nécessité du traitement.

Ressources humaines et formation

Le développement des ressources humaines et la formation sont indispensables dans le domaine de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. Dans beaucoup de pays, il y a très peu de travailleurs qualifiés, d'où la nécessité de faire une planification rigoureuse pour rendre les ressources humaines suffisamment disponibles pour atteindre les objectifs de la politique. Il faut évaluer les besoins de développement des ressources humaines dès le début du processus d'élaboration de la politique, et adopter les stratégies afin d'augmenter le nombre de personnes bien formées.

Les professionnels de la médecine générale, tels que les infirmiers et les médecins, doivent être formés en vue d'offrir certains services en matière de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. Les fonctions attribuées aux catégories de personnels aux différents niveaux de service doivent tenir compte des compétences disponibles, étant donné l'insuffisance de spécialistes en santé mentale de l'enfant et de l'adolescent.

Les professionnels de la médecine générale, tels que les infirmiers et les médecins, doivent être formés en vue d'offrir certains services en matière de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent.

Afin d'augmenter les ressources humaines nécessaires pour les traitements spécialisés, certaines personnes d'autres disciplines peuvent être envoyées à l'étranger pour acquérir une formation spécialisée, et en faire bénéficier les autres si la formation suivie n'est pas dispensée dans le pays. Dans certains cas, notamment en ce qui concerne les services psychiatriques de l'enfant et de l'adolescent, les psychiatres de l'adulte ou d'autres cliniciens peuvent suivre un stage de perfectionnement ou une formation complémentaire pour avoir au moins une compétence minimale en matière de prise en charge de l'enfant et de l'adolescent.

Le Tableau 3 est une illustration des différents rôles du personnel. Les programmes de formation devraient être adaptés aux fonctions que le personnel doit assumer. Il ne suffit pas que les psychiatres de l'enfant et de l'adolescent soient seulement formés pour la prestation directe de services si une partie importante du profil des fonctions concerne aussi la recherche et le développement du service. Par ailleurs, de nombreux programmes de traitement nécessiteront une approche multidisciplinaire, qui doit être prise en compte dans le cadre de l'élaboration des programmes de formation (voir le module sur les *Ressources humaines et la formation en matière de santé mentale*). Il faut aussi fournir des manuels pour appuyer les cours de formation spécifiques. Un effort conjoint considérable a été accompli par l'Association psychiatrique mondiale (WPA), l'Association internationale, de la Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et des Professions connexes, et l'Organisation mondiale de la Santé. Les informations sur ce programme sont disponibles sur le site internet de la WPA au : <http://www.globalchildmentalhealth.com/>.

Amélioration de la qualité

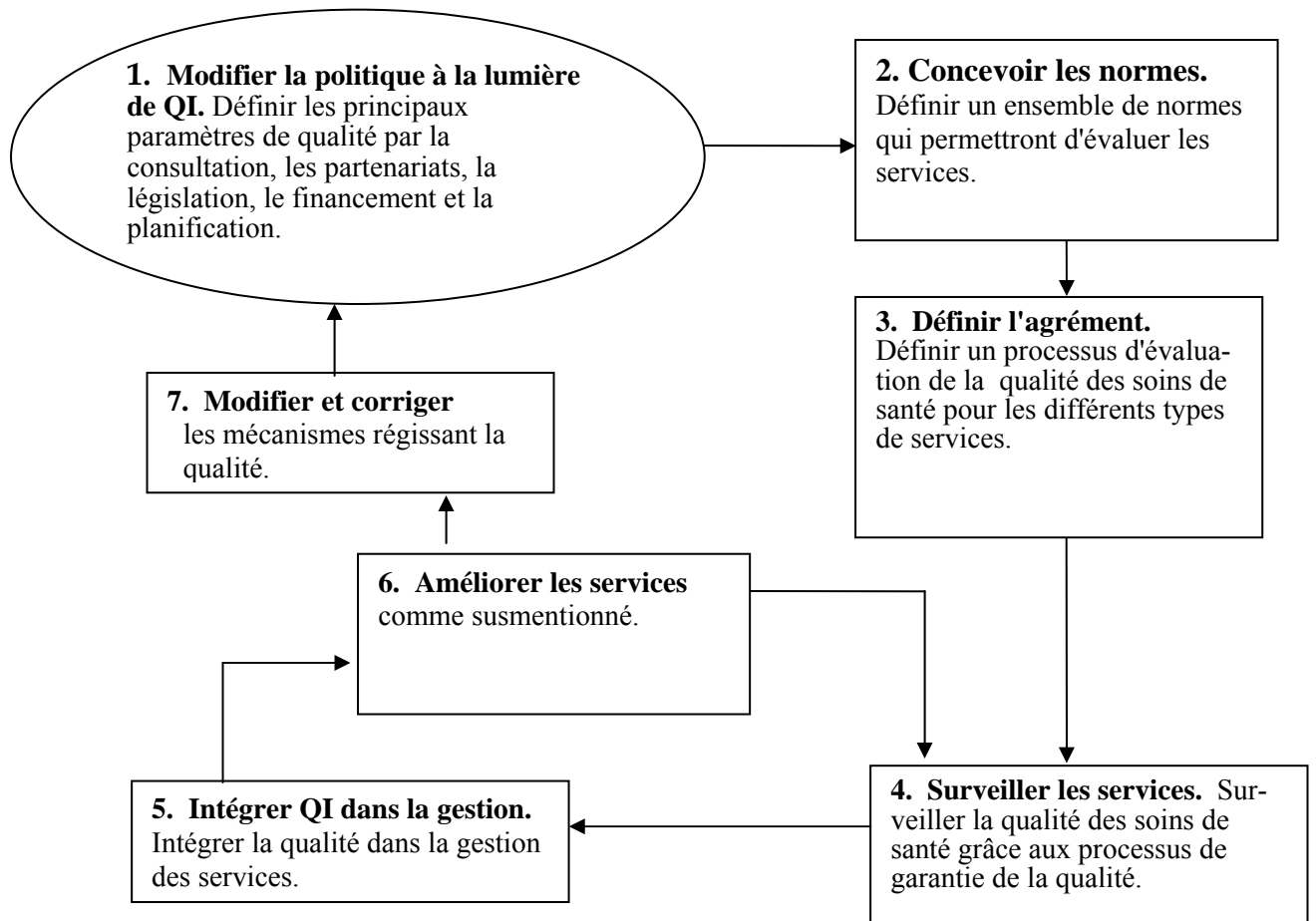
La qualité révèle si les services correspondent aux résultats escomptés en matière de santé mentale et s'ils sont conformes aux principes fondés sur des faits avérés. L'amélioration de la qualité (AQ) est un processus suivi et intéressant.

Les étapes du processus de garantie de la qualité sont résumées dans la Figure 4 et s'appliquent aux services de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent (pour plus de détails, voir le module intitulé *Amélioration de la qualité de la santé mentale*). Le processus d'amélioration de la qualité devrait inclure la participation des enfants et des adolescents bénéficiant de ces services et de leurs familles, à la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des services. Lors de l'évaluation des services, les mesures d'analyse de satisfaction par rapport aux services et des résultats sur le plan individuel et familial devraient être incluses.

La qualité révèle si les services correspondent aux résultats escomptés en matière de santé mentale et s'ils sont conformes aux principes fondés sur des faits avérés.

Figure 4. Etapes du processus d'amélioration de la qualité (QI)

(Pour de plus amples détails, voir le module intitulé *Amélioration de la qualité en matière de santé mentale*)



Il y a deux approches pour la conception d'un document de référence sur les services de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. Un document distinct peut être élaboré pour les enfants et les adolescents ou leurs problèmes spécifiques peuvent être examinés dans un document ayant trait à tous les groupes d'âge. Quelque soit l'approche retenue, une attention particulière devrait être accordée aux aspects suivants.

- Garantir les droits des utilisateurs du service de l'enfant et de l'adolescent, qui recouvrent les aspects tels que l'offre de services appropriés à l'âge, la protection contre les mauvais traitements et le manque d'attention, la protection dans le cadre du système judiciaire pénal, les structures (locaux) séparées pour les enfants et les adolescents (et le droit à l'éducation);
- Admettre que le développement de l'enfant et de l'adolescent influence sa réaction optimale au traitement;
- Garantir la confidentialité de la communication et de l'identité; et
- Faire participer les parents, le cas échéant.

Systèmes d'information

Les systèmes d'information sont d'une valeur immense dans la formulation de la politique et le suivi de sa mise en œuvre. Le cas échéant, les fonds devraient être alloués pour la création et le fonctionnement d'une base de données. Ces bases de données peuvent varier énormément dans leur complexité et leur globalité. A un extrême, un système d'information pourrait consister en une liste de noms des utilisateurs du service comportant certaines informations comme le diagnostic. A l'autre extrême, il pourrait être une base de données sophistiquée sur le plan technologique comportant beaucoup d'indicateurs d'entrée, de traitement et de résultat relatifs aux services de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent dont la liste figure au Tableau 4. Cependant, les systèmes d'information ne devraient pas être des systèmes qui prennent trop de temps ou qui sont trop onéreux, ou qui demande trop d'efforts pour l'entretien d'un point de vue technique par rapport aux ressources disponibles. En outre, les prestataires des différents secteurs devraient avoir un accès rapide aux systèmes pour garantir la continuité des soins.

Les systèmes d'information sont d'une valeur immense dans la formulation de la politique et le suivi de sa mise en œuvre.

Les données doivent être appropriées et pertinentes du point de vue de la politique et les questions de confidentialité codifiées pour garantir la protection des droits des enfants, des adolescents et de leurs familles.

Tableau 4. Matrice de santé mentale centrée sur les services de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent

		Disponibilités*	Processus**	Résultats***
<p><i>Dimension géographique</i></p> <p>↓</p>	<p>Niveau national/régional</p>	<p>Taux lits/population Taux communauté/hôpital (personnel) Dépenses de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent Politique gouvernementale Lois régissant la santé mentale Taux personnel/malades Taux personnel/population Protocoles de traitement et directives</p>	<p>Taux d'occupation des lits Taux d'hospitalisation Durée moyenne d'hospitalisation Taux de réadmission à l'hôpital Taux communauté/hôpital (utilisation) Taux de défaillance Normes minimales des soins Modes d'utilisation des services Procédures d'audit Voies d'accès aux soins et à la continuité Cibler des groupes spéciaux</p>	<p>Taux de divorce Taux de clochardise Taux d'emprisonnement Taux d'abandon scolaire Taux de suicide</p>
	<p>(2) Niveau local (circonscription hospitalière)</p>	<p>Disponibilité de médicaments Taux communauté/hôpital (personnel) Services hospitaliers & communautaires Budget du service local affecté à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent Effectif du personnel et employés de différents secteurs Relations professionnelles entre les services (collaboration intersectorielle)</p>	<p>Taux d'hospitalisation Durée moyenne de l'hospitalisation Taux d'occupation des lits Taux communauté/hôpital (utilisation) Taux de défaillance Taux de réadmission à l'hôpital Qualité subjective des traitements</p>	<p>Résultats cumulés au niveau local Morbidité physique Taux de suicide</p>
	<p>(3) Niveau du malade</p>	<p>Evaluation des besoins individuels Contenu du traitement Demandes formulées par les malades et les familles Information à l'intention des malades/dispensateurs de soins Aptitudes et connaissances du personnel</p>	<p>Continuité des soins Continuité des cliniciens Niveau d'implication des parents et des écoles Fréquence des rendez-vous Modèle du processus des soins administrés à chaque malade</p>	<p>Incapacité Impact sur les dispensateurs de soins Soins Nombre de jours pendant lesquels les enfants et les adolescents sont absents de l'école Temps que les parents passent au travail Qualité de vie Satisfaction avec les services Soulagement des symptômes</p>

Source: Thornicroft & Tansella, 1999; certaines informations du tableau sont extraites de Lund, 2002.

*Disponibilités se réfèrent aux ressources investies dans un système.

**Processus se réfère à la manière dont les différents services sont fournis, y compris les rubriques des services elles-mêmes.

*** Résultat se réfère aux changements obtenus concernant le fonctionnement, le taux de morbidité et de mortalité des personnes qui reçoivent les services (Thornicroft et al., 1999). Les indicateurs clés du changement doivent être définis d'un commun accord par toutes les parties prenantes, pour qu'il soit possible de savoir si oui ou non les résultats escomptés ont été atteints.

Recherche et évaluation de la politique et des services

Le *Rapport mondial sur la santé 2001* (OMS, 2001) a identifié cinq domaines prioritaires de recherche relatifs à la santé mentale. Ces domaines, qui sont également indiqués pour la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent sont les suivants : recherche épidémiologique; recherche sur les résultats du traitement, de la prévention et de la promotion ; recherche sur la politique et les services; recherche économique ; et recherche dans les pays en développement et comparaisons transculturelles. L'Encadré 10 présente la liste des priorités de recherche spécifiques dans chacun de ces domaines.

Les domaines prioritaires sont la recherche épidémiologique; la recherche sur les résultats du traitement, de la prévention et de la promotion; la recherche sur la politique et les services; la recherche économique; et la recherche dans les pays en développement et comparaisons transculturelles.

Encadré 10. Priorités de la recherche en matière de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent*

Recherche épidémiologique

- ❑ Prévalence et poids des principaux troubles mentaux et de comportement chez l'enfant et l'adolescent, dans les communautés en général et les populations à haut risque en particulier.
- ❑ Recherche longitudinale pour étudier l'évolution des principaux troubles mentaux et de comportement chez l'enfant et l'adolescent et la relation avec les déterminants psychosociaux, génétiques, économiques et d'autres déterminants environnementaux.
- ❑ Relations entre la psychopathologie et les comportements à risque tels que le comportement sexuel à risque et la violence interpersonnelle.

Recherche sur les résultats du traitement, de la prévention et de la promotion

- ❑ Efficacité et valeur des interventions pharmacologiques et psychosociales, y compris les interventions qui se sont avérées efficaces sur les populations adultes.
- ❑ Facteurs entravant une bonne observance du traitement, y compris les facteurs familiaux.
- ❑ Recherche sur l'application et la diffusion pour étudier la mise en œuvre des interventions concrètes.
- ❑ Efficacité et valeur des différents modèles des services de santé mentale en milieu scolaire.

Recherche sur la politique et les services

- ❑ Résultats et rentabilité des différentes interventions en matière de soins de santé communautaires, par exemple les soins en établissement, les programmes quotidiens et les unités de soins ambulatoires.
- ❑ Les besoins en formation des prestataires de services en matière de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent, y compris les différents schémas pour compléter la formation générale existante et permettre aux professionnels d'inclure les services de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent dans la gamme de services qu'ils fournissent.
- ❑ Les modalités d'intervention des tradipraticiens, susceptibles de contribuer à l'amélioration de la santé mentale des enfants et des adolescents.
- ❑ Avantages et inconvénients des différents modes de collaboration intersectorielle.
- ❑ Modalités optimales d'intégration des services de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent aux services généraux de santé mentale et aux services de santé pédiatrique.
- ❑ Impact des décisions politiques sur l'accès aux soins, la justice sociale et les résultats.

Recherche économique

- ❑ Impact économique des interventions de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent, à court et à long terme, et en termes de coûts de services de santé et de coûts dans les autres domaines.
- ❑ Analyse coûts-bénéfices des différentes interventions, par exemple des interventions intégrées ou non dans les services pour adultes, en milieu scolaire ou en milieu hospitalier.

Comparaisons transculturelles

- ❑ Influence du contexte culturel sur la psychopathologie.
- ❑ Impact des facteurs culturels sur la fiabilité et la validité des instruments de la recherche.
- ❑ Mise au point de méthodologies appropriées pour étudier la santé mentale à travers les différentes cultures.

**Adapté de OMS, 2001.*

Il existe de nombreuses barrières dans la conduite de la recherche sur les services de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. L'Encadré 11 propose plusieurs étapes qui pourraient être suivies en vue d'améliorer la qualité et la quantité d'une telle recherche.

Encadré 11. Etapes retenues pour améliorer la qualité et la quantité de la recherche sur la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent*

- Créer un site Internet de recherche sur la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent qui inclut une bibliographie des travaux de recherche réalisés dans les pays en développement sur la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent.
- Créer un réseau d'institutions impliquées dans la recherche sur la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent, susceptible de servir de centre d'information pour la recherche et la formation.
- Faire un inventaire de sources éventuelles de financement de la recherche.
- Améliorer la formation en recherche sur la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent chez les professionnels suivants :
 - ❑ psychologues et psychiatres de l'enfant et de l'adolescent
 - ❑ travailleurs des services à l'enfance
 - ❑ infirmiers pédiatriques
 - ❑ pédiatres
 - ❑ professionnels de la santé publique
- Offrir plusieurs possibilités de formation en recherche aux professionnels de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent dans le pays et ailleurs, par exemple:
 - ❑ formation à distance
 - ❑ bourses de doctorat et de recherche postdoctorale
 - ❑ études sanctionnées par un diplôme
 - ❑ tuteurage
 - ❑ cours de brève durée
- Organiser des visites au pair entre les chercheurs sur la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent et les meilleurs centres de recherche dans les pays développés et les pays en développement (y compris certains centres collaborateurs de l'OMS).
- Affecter une part du financement de la recherche à la recherche sur l'épidémiologie et les services de santé de l'enfant et de l'adolescent.

Adapté de Patel, 2002.

2.7 Identifier les principaux rôles et responsabilités des différents secteurs et partenaires

Il est indispensable que tous les partenaires et tous les secteurs aient une compréhension claire de leurs responsabilités. Tous les partenaires identifiés plus haut peuvent jouer un rôle important dans la mise en œuvre du plan relatif à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent.

Il est indispensable que tous les partenaires et tous les secteurs aient une compréhension claire de leurs responsabilités.

Ainsi, le ministère de la santé peut avoir une responsabilité de premier plan dans le cadre du développement des services de traitement ; le ministère de l'éducation peut avoir une responsabilité de premier plan dans l'élaboration des programmes de santé mentale dans les écoles ; les institutions académiques peuvent contribuer à l'élaboration des programmes de formation ; et les professionnels de la santé peuvent contribuer à définir les responsabilités dans le cadre des soins primaires de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent ; cependant, en bonne logique, tous les partenaires devraient participer à la planification de manière à tirer avantage des compétences et des expériences de chaque secteur.

2.8. Exemples de politiques

Les Encadrés 12 et 13 présentent le résumé des politiques relatives à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent pour deux pays fictifs, l'un avec un faible niveau de ressources pour la santé mentale, et l'autre avec un niveau moyen de ressources. Ces exemples sont fournis uniquement pour des objectifs heuristiques, et ne sont pas des recommandations. Ces exemples seront examinés plus en détail dans les trois sections suivantes du présent module.

Encadré 12 Exemple d'une politique de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent dans un pays à faible niveau de ressources (population = 10 millions)*

Analyse de la situation

Les interviews des personnels sanitaires et des leaders des collectivités montrent que :

- ❑ Les principaux problèmes posés par la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent sont le comportement perturbateur (notamment l'hyperactivité avec déficit d'attention et trouble du comportement) les effets de l'exposition à la violence, et l'incapacité intellectuelle qui se traduisent par le retard scolaire.
- ❑ Les seuls services disponibles sont fournis dans deux centres hospitaliers universitaires et le secteur privé, et seuls 10 % de la population y a accès du fait des difficultés économiques et de transport.
- ❑ Les taux de psychiatres, psychologues cliniciens et infirmiers psychiatriques sont respectivement de 0,6, 1 et 10 pour 100 000 habitants. Ces personnels passent au total près de 50 % de leur temps dans les centres hospitaliers universitaires et les établissements sanitaires privés.

N.B.: Les données sont obtenues du projet Atlas de l'OMS et sont disponibles à : http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas

Politique de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent

Vision

Les services de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent fourniront des services complets, intégrés et communautaires de promotion, de prévention et de traitement, en mettant l'accent sur les troubles de comportement perturbateur et en minimisant les effets de la violence et du retard mental.

Valeurs → principes

- ❑ Les groupes vulnérables de la société doivent être protégés et soutenus → des services spécifiques de santé mentale pour les enfants et les adolescents doivent être développés.
- ❑ La santé mentale fait partie intégrante de la santé. → les services de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent doivent être intégrés dans les services de santé généraux.
- ❑ Les enfants et les adolescents souffrant de problèmes de santé mentale ont droit aux mêmes normes élevées de traitement et de soins de santé que les autres groupes de la société.

Objectifs

- ❑ Réduire la prévalence des problèmes de santé mentale courants chez les enfants et les adolescents (notamment les troubles de comportement perturbateur, les effets de l'exposition à la violence et l'incapacité intellectuelle) et réduire le niveau de souffrances connexes dues à la déficience et l'handicap.
- ❑ Réduire l'exposition des enfants et des adolescents à la violence et soutenir le progrès scolaire de ceux qui souffrent de troubles mentaux dus à la violence.
- ❑ Garantir l'accès équitable aux services de santé mentale à tous les enfants et adolescents.

Domaines d'action

- ❑ Collaboration intersectorielle: Améliorer la communication entre la santé et l'éducation pour faciliter l'identification *et* la mise en oeuvre précoces des interventions appropriées en milieu scolaire.
- ❑ Législation et droits humains: Nouer des contacts avec le système juridique pour s'assurer que les preuves de violence exercée à l'encontre d'enfants et d'adolescents sont obtenues sans confronter les victimes aux auteurs présumés.
- ❑ Recherche et évaluation: Evaluer un modèle de meilleure pratique de programmes en milieu scolaire pour réduire les troubles de comportement perturbateur et améliorer les résultats scolaires.
- ❑ Organisation des services: Organiser des sessions de formation et des consultations secondaires à l'intention des prestataires de soins de santé primaires.

* *Cet exemple n'est cité que pour des raisons heuristiques et ne constitue pas une recommandation.*

Encadré 13. Exemple d'une politique de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent dans un pays à niveau de ressources moyen (population = 10 millions)*

Analyse de la situation

Les interviews des personnels sanitaires et des leaders des collectivités montrent que:

- ❑ Les principaux défis à relever en matière de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent sont les comportements à risque tels que le comportement sexuel dangereux (qui se traduit par un taux élevé de prévalence du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles), la consommation excessive d'alcool, de tabac et d'autres drogues, ainsi que la violence.
- ❑ Les taux de comportement en faveur de la santé (tels que l'alimentation saine et l'exercice) sont faibles.
- ❑ Dans les villes, les services de santé mentale sont plus ou moins accessibles en raison de l'existence d'un système de soins de santé primaires à grande échelle, renforcé par la consultation et la prestation de services en milieu hospitalier.
- ❑ En milieu rural, il y avait peu de services de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent.
- ❑ Il y avait peu d'interaction entre les secteurs de la santé et de l'éducation.
- ❑ Les taux de psychiatres, de psychologues cliniciens et d'infirmiers psychiatriques sont respectivement de 10, 16 et 100 pour 100 000 habitants. La majorité de ces professionnels est employée dans le secteur privé.

NOTE: Les données sont extraites du projet Atlas de l'OMS et sont disponibles à: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas

Politique de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent

Vision

Des services de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent adaptés à leur âge sont disponibles pour toute la population. Ces services collaborent étroitement avec d'autres secteurs pour réduire l'impact des facteurs de risque de troubles mentaux et renforcer les facteurs de protection.

Valeurs → principes

- ❑ Responsabilité en vue de prévenir les troubles psychologiques, émotionnels et sociaux → le système de santé doit être axé sur la réduction des facteurs de risque pour la santé mentale et la promotion de facteurs de protection.
- ❑ Promotion d'un développement sain → les interventions doivent viser la promotion du développement sain de tous les enfants et adolescents.
- ❑ Respect de l'autonomie des enfants et des adolescents → les enfants et les adolescents doivent être impliqués dans la prise de décisions relatives au développement et la mise en œuvre de services et de programmes.

Objectifs

- ❑ Fournir des services communautaires de santé mentale complets tenant compte de l'âge des enfants.
- ❑ Améliorer les résultats scolaires des adolescents en réduisant la prévalence des comportements à risque et en favorisant les comportements sains.
- ❑ Améliorer l'accès aux interventions préventives et de promotion de la santé des enfants et des adolescents vivant en milieu rural.

Domaines d'action

- ❑ Systèmes d'information: Elaborer un système d'information pour surveiller l'ampleur des comportements à risque et des comportements sécurisant chez les élèves.
- ❑ Organisation des services: Elaborer et mettre en œuvre une intervention visant à la promotion de la santé mentale en milieu scolaire.
- ❑ Recherche et évaluation: Evaluer les résultats des interventions visant à réduire l'ampleur des comportements à risque ou accroître l'ampleur des comportements sécurisants.
- ❑ Ressources humaines et formation: Organiser des sessions de formation sur les interventions de promotion de la santé en milieu scolaire à l'intention des éducateurs et des prestataires de services de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent en milieu scolaire.

* *Cet exemple n'est cité que pour des raisons heuristiques et ne constitue pas une recommandation.*

Points clés

- Une politique de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent commence avec la collecte d'informations et de données.
- Des preuves concrètes sont nécessaires pour identifier des stratégies efficaces.
- L'aboutissement à un consensus et la négociation sont déterminants à chaque étape du cycle de planification de la politique.
- Une politique de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent devrait prendre en considération une vision, les valeurs, les principes et les objectifs.
- Plusieurs domaines d'action différents devront probablement être impliqués afin de réaliser les objectifs visés dans le cadre de la politique.

3. Elaboration d'un plan de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent

Dès que l'élaboration de la politique de santé mentale est achevée, l'étape suivante consiste à élaborer un plan pour mettre en œuvre ses objectifs. Un plan est un schéma détaillé pour la mise en œuvre des actions stratégiques qui favorisent la promotion de la santé mentale, la prévention des troubles mentaux et le traitement et la réhabilitation.

La politique devrait être approuvée à tous les niveaux requis avant l'élaboration du plan. Cette démarche facilite la coopération de tous les partenaires.

L'élaboration d'un plan s'inspire du processus déjà conçu pour l'élaboration de la politique décrite à la section 2 de ce module. Collecter les informations sur les besoins de la population, rassembler les preuves concrètes et renforcer le consensus demeurent importants pour l'élaboration d'un plan.

3.1 Etape 1 : Déterminer les stratégies et fixer les délais

Les stratégies sont des lignes d'action qui sont supposées avoir la plus forte probabilité de réussite dans la mise en œuvre de la politique de santé mentale d'une population donnée. Les stratégies sont également désignées comme « plans stratégiques ».

Dans le cadre de la définition et du choix des priorités des stratégies, il est souvent utile de commencer par une analyse FFOM, pour identifier les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces de la situation actuelle. Le Tableau 5 présente les exemples de chacun des points qui pourraient émerger de l'analyse FFOM.

La politique devrait être approuvée à tous les niveaux requis avant l'élaboration du plan.

Les stratégies sont des lignes d'action qui sont supposées avoir la plus forte probabilité de réussite dans la mise en œuvre de la politique de santé mentale d'une population donnée.

Tableau 5. Exemples de forces, faiblesses, opportunités et menaces dans une analyse F.F.O.M.

Forces	Faiblesses
<p>Prise de conscience des questions pertinentes relatives à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent</p> <p>Ralliement des familles et des organisations de consommateurs, des écoles et des groupes de sensibilisation</p> <p>Lois favorables</p> <p>Degré élevé de motivation des ressources humaines</p> <p>Niveau élevé de collaboration intersectorielle</p> <p>Expériences pilotes concluantes</p>	<p>Systèmes d'information insuffisants</p> <p>Personnel de santé mentale insuffisamment formé en santé mentale de l'enfant et de l'adolescent</p> <p>Le peu d'importance accordée aux questions de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent (par exemple, la dépression) par rapport aux autres questions concernant la santé (mortalité infantile)</p> <p>Mauvaise coordination entre les différents niveaux de soins de santé</p> <p>Mauvaise collaboration intersectorielle</p> <p>Amélioration de la qualité insuffisante</p> <p>Faibles allocations de ressources pour la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent</p>
Opportunités	Menaces
<p>Disponibilité du présent module</p> <p>Election de politiciens dévoués au bien-être mental des enfants et des adolescents</p> <p>Existence d'initiatives pertinentes au plan international en matière de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent (par exemple le Plan d'action mondial pour la santé mentale et l'Initiative antitabac de l'OMS)</p> <p>Réseau public d'alerte sur les questions pertinentes telles que la consommation d'alcool et de drogues par les adolescents</p> <p>Questions d'actualités récentes mettant l'accent sur des problèmes particuliers (par exemple le suicide chez les adolescents, la violence à l'égard des enfants)</p> <p>Les obligations conventionnelles qui accordent la priorité à la santé de l'enfant et de l'adolescent (par exemple la Convention des Nations unies sur les droits de l'enfant)</p>	<p>Crises budgétaires</p> <p>Certaines pratiques culturelles</p> <p>Pénurie de personnel</p> <p>Attention du public accordée aux questions de santé autres que la santé mentale ou à la santé mentale des adultes</p> <p>Ignorance du public des besoins en matière de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent</p> <p>Stigmatisation des problèmes de santé mentale chez les enfants et les adolescents</p> <p>Crises politiques telles que guerre civile</p>

Dans le cadre de la définition et du choix des priorités relatives à une gamme de stratégies, il est souvent utile de commencer par une analyse FFOM.

L'analyse FFOM démontre que les actions suivantes doivent être entreprises afin de définir et de choisir les stratégies prioritaires.

Premièrement, une liste complète et détaillée de toutes les propositions pouvant être utiles devrait être dressée pour chaque domaine d'action désigné au cours de la phase de formulation de la politique. A ce stade, la globalité devrait se faire autant que possible, et toutes les propositions devraient être examinées même si, de prime abord, elles ne semblent pas réalistes ou nécessaires. La liste devrait indiquer les partenaires qui auront la responsabilité de chaque stratégie.

Une liste complète et détaillée de toutes les propositions pouvant être utiles devrait être dressée pour chaque domaine d'action.

Deuxièmement, un échange de vues devrait avoir lieu avec les principaux protagonistes en vue de concevoir des stratégies pour la mise en œuvre de chacune des propositions contenues dans la liste. Lors de l'élaboration d'un plan relatif à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent, les séances d'échanges de vues devraient inclure les prestataires de services de l'enfant et de l'adolescent, les éducateurs, les utilisateurs de services (par exemple les jeunes et les membres de famille) ainsi que les représentants des groupes de sensibilisation. Les personnes qui s'occupent des jeunes gens en général ou des jeunes gens ayant des besoins en matière de santé mentale en particulier pourraient faire partie de ces derniers. L'analyse FFOM est particulièrement adaptée à cette phase.

Un échange de vues devrait avoir lieu avec les principaux prestataires en vue de concevoir des stratégies pour la mise en œuvre de chacune des propositions contenues dans la liste.

Troisièmement, un choix judicieux doit être fait parmi les stratégies identifiées pour n'en retenir que deux ou trois par domaine d'action. Il est recommandé de faire participer les principaux partenaires et secteurs à ce processus.

Identifier deux ou trois stratégies pour chaque domaine d'action.

Un délai devrait être fixé pour chaque stratégie pour garantir la formulation à temps des directives relatives à la budgétisation, à la réalisation d'un consensus sur les attentes réalistes et à la conception de critères appropriés pour l'évaluation. Certaines stratégies pourraient être mises en œuvre de manière continue et d'autres ne pourraient être appliquées que pendant une période de temps limitée.

Un délai devrait être fixé pour chaque stratégie.

Dès qu'une décision a été prise au sujet des stratégies à utiliser et du temps à accorder à chacune, il faut préciser les détails de sa mise en œuvre. Ces détails consistent notamment à fixer les indicateurs et les objectifs, et à déterminer les principales activités et leurs coûts, les ressources disponibles et à élaborer le budget. Ces problèmes sont traités dans les trois prochaines sections. Même s'ils sont présentés de manière linéaire, il y a lieu de souligner que le processus est itératif et circulaire. Ainsi, les activités influenceront sur les objectifs et les indicateurs, qui seront tributaires de la disponibilité des ressources.

Il faut préciser les détails de la mise en œuvre de chaque stratégie.

Des exemples de stratégies sont présentés dans les Encadrés 14 et 15. Ils font suite aux Encadrés 12 et 13, qui se réfèrent à des pays disposant de niveaux de ressources faibles et moyens.

Encadré 14. Exemple de stratégies et d'activités d'un plan de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent dans un pays à niveau de ressources faible* (suite de l'Encadré 12)

Domaine d'action

Collaboration intersectorielle

Stratégies

1. Organiser des réunions régulières entre les principaux responsables des secteurs de la santé et de l'éducation.
2. Organiser des ateliers à l'intention des éducateurs pour faciliter: (i) l'identification précoce des jeunes souffrant de troubles du comportement, de déficience mentale et d'autres troubles mentaux, et (ii) la mise en œuvre d'interventions appropriées en milieu scolaire pour ces élèves.
3. Faciliter l'accès aux consultations aux éducateurs à la suite des ateliers.

Objectif

Chaque école doit avoir au moins un éducateur ayant participé à un atelier.

Indicateur

Pourcentage d'écoles où au moins un éducateur a participé à un atelier.

Activités

- Prendre contact avec chaque école et s'assurer de sa collaboration à la mise en oeuvre de la stratégie;
- Identifier un contractant chargé d'organiser la logistique (y compris le contact avec les écoles, les lieux des ateliers, le transport, la restauration) et conclure un contrat avec ce contractant;
- Elaborer le contenu des ateliers;
- Préparer un nombre suffisant de copies de matériel pédagogique (tel que le manuel);
- Recruter le personnel pour faciliter le déroulement des ateliers;
- Former les animateurs;
- Organiser les ateliers;
- Désigner un consultant pour l'école;
- Surveiller la bonne marche des ateliers ; et
- Etudier la possibilité d'organiser régulièrement des ateliers ou des cours de perfectionnement.

Domaine d'action

Législation et droits humains

Stratégies

1. Organiser une campagne multimédia dont le message principal est que la violence doit cesser.
2. Mettre sur pied un projet pilote dans lequel les preuves contre les auteurs présumés de violence à l'égard des enfants et des adolescents sont fournies en l'absence des auteurs présumés.

Objectif

Lancer ce projet pilote dans les tribunaux de chacun des trois instances judiciaires.

Indicateur

Nombre d'instances/de projets pilotes créés.

Activités

- Collecter les informations dans d'autres pays sur le fonctionnement de ce type de tribunaux;
- Faire des démarches dans les départements de Justice pour y lancer les projets pilotes;
- Mobiliser le financement pour l'équipement nécessaire, tel que les appareils d'enregistrement numérique;
- Identifier les tribunaux particuliers où les projets pilotes peuvent être mis en oeuvre
- Se concerter avec les membres du judiciaire pour s'assurer qu'ils soutiennent l'introduction des témoignages dissimulés, et obtenir l'accord pour la date de démarrage;
- Déterminer un endroit dans chaque tribunal où les preuves peuvent être fournies;
- Former les membres du judiciaire qui seront indispensables à la mise en oeuvre du projet;
- Surveiller la mise en oeuvre du projet ; et
- Recueillir les réactions de tous les partenaires clés quant au fonctionnement du système.

Domaine d'action

Recherche et évaluation

Stratégies

1. Définir le nombre de jeunes envoyés pour des interventions en raison de troubles mentaux avant et après la tenue des ateliers susmentionnés.
2. Faire une étude des résultats de l'efficacité des interventions de soins de santé primaires en cas de troubles mentaux

Objectif

Achèvement de l'étude.

Indicateur

Phase du projet achevée:

- Protocole
- Travail sur le terrain
- Analyse
- Réévaluation

Activités (à supposer que l'intervention a eu lieu)

- Réunir un groupe de scientifiques et de directeurs de services pour superviser la recherche;
- Mobiliser le financement;
- Recruter un gestionnaire du projet;
- Rédiger un protocole;
- Faire une description détaillée de ce dont le personnel de terrain a besoin;
- Recruter et former le personnel de terrain;
- Surveiller le déroulement du travail sur le terrain;
- Enregistrer et affiner les données;
- Faire une analyse statistique; et
- Rédiger un rapport

Domaine d'action

Organisation des services

Stratégies

1. Elaborer et mettre en oeuvre un programme de formation en cours d'emploi à l'intention des infirmiers en charge des soins de santé primaires.
2. S'assurer que les professionnels désignés sont disponibles pour recevoir les cas recommandés par les infirmiers et autres professionnels en charge des soins de santé primaires, et que les lignes de communication sont fonctionnelles.
3. Introduire un système au terme duquel les psychiatres et les psychologues cliniciens en service dans le centre hospitalier universitaire s'engagent volontairement à consacrer une demi-journée par semaine à la consultation-liaison (CL) du personnel des soins de santé primaires (SSP).

Objectif

80 % de psychiatres et de psychologues cliniciens consacrent une demi-journée de travail par semaine à la consultation-liaison du personnel de SSP.

Indicateur

Pourcentage de psychiatres et de psychologues cliniciens consacrant une demi-journée de travail par semaine à la consultation-liaison du personnel de SSP.

Activités

- Obtenir l'appui et l'accord nécessaires des autorités universitaires;
- Organiser un séminaire à l'intention des psychiatres et des psychologues cliniciens en service au centre hospitalier universitaire pour: (i) les informer de la situation actuelle des SSP en ce qui concerne la santé mentale; (ii) les amener à s'engager volontairement à consacrer une demi-journée de travail par semaine à la consultation-liaison; et (iii) étudier d'autres formes que peuvent prendre ces services;
- Faire les arrangements logistiques et pratiques nécessaires au nouveau service;
- Informer le personnel des SSP de l'existence de ce nouveau service et s'assurer de leur appui;
- Mettre sur pied un système de recommandations;
- Superviser la mise en œuvre de ce nouveau service; et
- Prendre contact avec les psychiatres et les psychologues cliniciens qui n'ont pas adhéré au programme pour les convaincre à le faire.

* Cet exemple n'est cité que pour des raisons heuristiques et ne constitue pas une recommandation de mesures à prendre. L'objectif, l'indicateur et les activités ne sont proposés que pour la dernière stratégie de chaque domaine d'action.

Encadré 15. Exemple de stratégies et d'activités d'un plan de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent dans un pays à niveau de ressources moyen* (suite de l'Encadré 13)

Domaine d'action

Système d'information

Stratégies

1. Mettre sur pied un système d'enregistrement des taux des infections sexuellement transmissibles (y compris l'infection à VIH) chez les adolescents.
2. S'assurer que les données sur la mortalité des adolescents sont disponibles et accessibles dans les domaines concernant le suicide et l'homicide.
3. Mener régulièrement des enquêtes sur de grands échantillons représentatifs d'élèves pour collecter des données sur les taux de prévalence d'une série de comportements à risque ou promoteurs de bonne santé.
4. Créer une base de données pour enregistrer les résultats scolaires tels que les résultats aux examens et les taux d'abandon scolaire.

Objectif

Etablissement d'une base de données dans tous les 24 districts de l'éducation.

Indicateur

Nombre (pourcentage) de districts de l'éducation dotés d'une base de données.

Activités

- S'assurer de la collaboration des responsables de tous les districts de l'éducation;
- Désigner une personne dans chaque district de l'éducation, chargée de la création et de la gestion de la base de données;
- Constituer un groupe de travail chargé de décider du type de données à enregistrer;

- Elaborer un système de collecte de données dans chaque école;
 - Instituer un processus qui permet de résumer les données collectées à l'école sous forme de données de district; et
 - Instituer un système de contrôle de la qualité des données.
-

Domaine d'action

Organisation des services

Stratégies

1. Constituer un groupe de travail intersectoriel chargé de décider du type et du format des projets de programmes de promotion de la santé en milieu scolaire.
2. Elaborer et mettre en œuvre un programme pilote dans un petit groupe d'écoles.
3. Faire connaître le programme (sur la base des résultats du projet pilote) dans toutes les écoles du pays.
4. Mobiliser le financement dans les secteurs de la santé et de l'éducation et autres.

Objectif

Mobiliser 2 millions d'UM (unité monétaire)

Indicateur

Montant d'argent mobilisé

Activités

- Réunir des faits démontrant le coût-efficacité des programmes de promotion de la santé en milieu scolaire;
- Faire des démarches dans les secteurs de la santé et de l'éducation pour obtenir des financements supplémentaires ou des financements qui peuvent être réaffectés à partir des budgets existants;
- Chercher à convaincre la classe politique du coût-efficacité et d'autres avantages des interventions visant à promouvoir la santé en milieu scolaire;
- Compiler une liste des sources de financement éventuelles;

- Préparer des demandes de financement à l'intention des sources de financement éventuelles; et
- Instituer des mécanismes financiers appropriés pour gérer efficacement les entrées de fonds et les dépenses.

Domaine d'action

Recherche et évaluation

Stratégies

1. Constituer des groupes d'élèves pour s'informer des aspects culturels des comportements à risque et des comportements sains dans le pays.
2. Evaluer le projet pilote, y compris les éléments disponibles, le processus et les résultats.
3. Evaluer l'intervention, y compris les trois aspects susmentionnés.
4. Evaluer l'impact de la diffusion du programme.

Objectif

Achever l'évaluation de la diffusion du programme

Indicateur

Phase de recherche (voir Encadré 14 pour de plus amples détails)

Activités

- Réunir un groupe de scientifiques et de directeurs de services pour superviser la recherche;
- Mobiliser le financement;
- Recruter un gestionnaire du projet;
- Rédiger un protocole;
- Faire une description détaillée de ce dont le personnel de terrain a besoin;
- Recruter et former le personnel de terrain;
- Surveiller le déroulement du travail sur le terrain;
- Enregistrer et affiner les données;
- Faire une analyse statistique; et
- Rédiger un rapport.

Domaine d'action

Ressources humaines et formation

Stratégies

1. Organiser, à l'intention des éducateurs, des ateliers sur l'étiologie des comportements à risque et les éléments clés de promotion de la santé en milieu scolaire.
2. Apporter le soutien du secteur de la santé aux éducateurs qui mettent en oeuvre les programmes relatifs à la promotion de la santé en milieu scolaire.

Objectif

Fournir un appui à tous les éducateurs (environ 50) impliqués dans la mise en oeuvre des programmes relatifs à la promotion de la santé en milieu scolaire.

Indicateur

Nombre (pourcentage) d'éducateurs impliqués dans la mise en oeuvre des programmes relatifs à la promotion de la santé en milieu scolaire qui reçoivent un appui du secteur de la santé.

Activités

- Identifier un groupe de professionnels de la santé qui sont disposés à travailler en collaboration avec les éducateurs;
- Dispenser la formation dont les professionnels de la santé ont besoin pour faire leur travail;
- Fournir aux éducateurs les informations nécessaires relatives aux professionnels de la santé et leur expliquer ce que ces derniers peuvent contribuer à leur travail;
- Mettre en oeuvre un système qui lie les éducateurs aux professionnels de la santé; et
- Surveiller la mise en oeuvre de ce nouveau système.

* Cet exemple n'est cité que pour des raisons heuristiques et ne constitue pas une recommandation de mesures à prendre. L'objectif, l'indicateur et les activités ne sont proposés que pour la dernière stratégie de chaque domaine d'action.

3.2 Etape 2 : Définir les indicateurs et les objectifs

Chaque stratégie devrait être accompagnée par un ou plusieurs objectifs correspondant aux résultats escomptés de la stratégie. L'exemple de l'Encadré 17 indique que dans le domaine de la collaboration intersectorielle, la stratégie proposée consistait à fournir un appui à partir du secteur de la santé aux éducateurs qui mettent en œuvre les programmes de promotion de santé scolaire. Pour cette stratégie, un objectif pourrait être d'apporter un soutien à 50% de tous les éducateurs dans une zone géographique donnée par une personne du secteur de la santé spécialement formée pour la mise en œuvre du programme de promotion de santé mentale scolaire.

Chaque stratégie devrait être accompagnée par un ou plusieurs objectifs qui représentent les résultats escomptés de la stratégie.

Cet objectif ne peut être défini isolément des stratégies dans d'autres domaines d'action qui sont nécessaires pour atteindre l'objectif. Il peut être nécessaire d'aligner les objectifs des différentes stratégies pour s'assurer qu'ils peuvent être atteints.

Les indicateurs fournissent les informations nécessaires à une évaluation du niveau de réalisation d'un objectif. On doit connaître le niveau de réalisation d'un objectif pour déterminer si la mise en œuvre de la stratégie a été concluante. Dans l'exemple ci-dessus qui présente les ateliers destinés aux éducateurs, un bon indicateur pourrait être le pourcentage des écoles où au moins un éducateur a participé à l'atelier. L'indicateur devrait être dans un format directement comparable avec l'objectif.

Les indicateurs fournissent les informations qui permettent d'évaluer la réalisation d'un objectif.

Les objectifs et les indicateurs idéaux sont : 1) quantitatifs (i.e. mesurables); 2) de mesure facile et économique; 3) étroitement reliés à la stratégie (ils reflètent les conséquences immédiates de la stratégie, par opposition aux conséquences qui dépendent des résultats intermédiaires supplémentaires).

3.3 Etapes 3 : Indiquer les activités principales

L'étape suivante consiste à indiquer les activités qui sont nécessaires pour réaliser chaque stratégie. Cette démarche est importante pour deux raisons. Premièrement, elle fait en sorte que les étapes importantes ne sont pas omises, et que chaque activité nécessaire pour atteindre l'objectif est analysée. Deuxièmement, elle permet d'identifier les succès. Si la réalisation des stratégies présente des difficultés et prend du temps parce que les événements marquants ne sont pas identifiés cela risque de démoraliser le personnel. Le fait de

Le fait de mener à terme une activité servira à motiver les gens afin qu'ils achèvent les autres activités nécessaires à la réalisation de la stratégie.

mener à bien une activité servira à motiver les gens pour qu'ils terminent les autres activités nécessaires à la réalisation de la stratégie.

Pour chaque activité, il faut clarifier les quatre problèmes énumérés ci-après.

Qui est responsable ? il est indispensable d'identifier les agents qui sont les mieux placés pour mettre en œuvre les activités avec le maximum d'efficacité et de compétence et le minimum de dépense.

Quelle en sera la durée ? Les planificateurs devraient fixer les délais à l'avance, créant ainsi un calendrier réaliste pour chaque activité. En élaborant un plan sur une base mensuelle ou sur la base de toute autre périodicité, il est possible : 1) de déterminer l'activité qui doit suivre l'autre, et celle qui doit être menée simultanément ; 2) d'évaluer si un plan est réaliste et pratique ; de s'assurer que les activités sont étalées tout au long de l'année, pour ne pas avoir des moments trop chargés, suivis de périodes de relative inactivité ; et 3) de faciliter les évaluations régulières des progrès réalisés en vue de mener à bien chaque activité.

Les enfants et les adolescents ont une trajectoire de développement rapide. Cela signifie que pour certaines activités, les délais peuvent être un peu plus courts que pour les adultes en ce qui concerne l'évaluation de l'efficacité. Les résultats positifs ou négatifs apparaîtront à une phase relativement précoce. Ainsi, l'acquisition de nombreuses aptitudes survient au cours de périodes spécifiques et relativement courtes. Par conséquent, les effets du traitement du problème de santé mentale qui entrave l'acquisition des aptitudes académiques (comme les troubles d'hyperactivité, le déficit d'attention) devraient être visibles assez rapidement.

Quel en est le rendement ? le rendement d'une activité correspond aux objectifs fixés pour une stratégie – il définit les résultats attendus. Si tous les résultats de l'activité sont obtenus, cela devrait entraîner automatiquement la réalisation des objectifs stratégiques. Dans le cas contraire, cela suppose qu'il y a eu des erreurs dans la formulation du plan.

Quels sont les obstacles et les contretemps qui pourraient restreindre la réalisation de chaque activité? Il est important de prévoir les obstacles et les contretemps et d'y remédier. Leur identification a l'avantage supplémentaire de clarifier les raisons pour lesquelles certaines périodes de temps ont été accordées pour mener à terme une activité.

Ces problèmes peuvent être résumés dans une matrice, comme le montrent les exemples des Encadrés 16 et 17, qui se rapportent aux pays ayant des niveaux de ressources faibles ou moyens présentés dans les encadrés précédents.

Encadré 16. Exemples des activités détaillées des stratégies sélectionnées (voir le cas d'un pays à faible niveau de ressources, Encadré 14)

Domaine d'action

Ressources humaines et formation

Stratégie 2

Organiser des ateliers à l'intention des éducateurs pour faciliter: (i) l'identification précoce des jeunes souffrant de troubles du comportement, de déficience mentale et d'autres troubles mentaux, et (ii) la mise en œuvre d'interventions appropriées en milieu scolaire pour ces élèves.

Objectif

Organiser 10 ateliers pour les éducateurs de 50 écoles.

Indicateur

Nombre d'écoles où au moins un éducateur a participé à un atelier.

Activité	Mois retenu pour l'exécution de l'activité												Responsables	Résultats	Obstacles probables	
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D				
Prendre contact avec chaque école et s'assurer de sa collaboration	■	■	■											Responsable de l'éducation (nom)	Contact pris avec les écoles Collaboration garantie	Difficulté à entrer en contact avec les écoles. Ecoles peu désireuses à participer
Identifier un contractant chargé de l'organisation logistique et signer un contrat avec ce dernier	■	■												Chef du projet	Contractant identifié Contrat signé	Personne ne remplit les critères de sélection Désaccord concernant le mandat
Elaborer le contenu des ateliers (y compris le matériel pédagogique)	■	■	■	■										Responsable de l'éducation (nom)	Contenu des ateliers & de matériel disponibles	Responsable de l'éducation incapable d'achever le travail dans les délais impartis
Prévoir un nombre suffisant d'exemplaires de matériel pédagogique				■	■									Chef du projet	Nombre suffisant d'exemplaires disponibles	Ressources insuffisantes Pas suffisamment d'exemplaires disponibles à temps
Recruter le personnel pour faciliter le déroulement des ateliers				■	■									Chef du projet	Animateurs obtenus en nombre suffisant	Impossibilité de recruter un nombre suffisant d'animateurs qualifiés
Former les animateurs						■	■							Chef du projet et Responsable de l'éducation	Tous les animateurs sont capables d'obtenir les résultats escomptés	Animateurs absents à la formation Formation non achevée à temps
Organiser les ateliers								■	■	■	■			Animateurs, contractant	Les ateliers ont lieu	Les lieux ne sont pas convenables Faible participation des éducateurs
Surveiller le déroulement des ateliers								■	■	■	■	■		Chef du projet, Assistant à la recherche	Collecte des données relatives à l'atelier et à la présence des participants	Difficulté à prendre contact avec les animateurs

Encadré 17. Exemples des activités détaillées des stratégies sélectionnées (Voir le cas d'un pays à niveau moyen de ressources, Encadré 15)

Domaine d'action

Collaboration intersectorielle

Stratégie 4

Apporter le soutien du secteur de la santé aux éducateurs qui mettent en oeuvre les programmes relatifs à la promotion de la santé en milieu scolaire.

But

Soutenir les éducateurs impliqués dans la mise en oeuvre des programmes relatifs à la promotion de la santé en milieu scolaire issus de 50 écoles

Indicateur

Nombre d'écoles dont au moins un éducateur impliqué dans la mise en oeuvre des programmes relatifs à la promotion de la santé en milieu scolaire a reçu un appui du secteur de la santé.

Activité	Mois retenu pour l'exécution de l'activité												Responsables	Résultats	Obstacles probables	
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D				
Identifier un groupe de professionnels de la santé disposés à collaborer avec les éducateurs	■	■												Chef du secteur de la santé (nom)	Groupe de professionnels de la santé identifiés	Professionnels de la santé peu disposés à participer
Dispenser la formation dont les professionnels de la santé ont besoin pour assumer cette responsabilité			■	■										Chef du secteur de la santé (nom)	Professionnels de la santé formés	Impossible de fixer une date et un lieu convenant à la majorité des professionnels de la santé
Fournir aux éducateurs les informations nécessaires sur le nouveau projet			■	■										Chef du secteur de l'éducation (nom)	Educateurs bien formés pour tirer parti du nouveau service	Educateurs peu disposés à recevoir l'aide des professionnels de la santé
Mettre en place un système qui établit un lien entre les éducateurs et les professionnels de la santé					■	■	■							Chef du secteur de la santé et Chef du secteur de l'éducation	Des processus sont mis au point et subissent un test pilote	Impossibilité de mettre au point un véritable système efficace en raison des difficultés logistiques
Surveiller la mise en oeuvre du nouveau système								■	■	■	■	■	■	Assistant à la recherche	Données collectées sur le degré de fonctionnement du nouveau système	Impossibilité de recruter un assistant de recherche qui remplisse les conditions exigées

3.4 Etape 4 : Préciser les coûts, déterminer les ressources disponibles et élaborer le budget.

Il est important de préciser les coûts pour chaque année ainsi que pour la durée totale du temps que prendra la mise en œuvre de la stratégie. Il y a trois principaux apports de ressources nécessaires pour mettre en œuvre les stratégies relatives à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent (comme pour les autres domaines de la santé).

Les ressources humaines sont souvent la composante la plus coûteuse du système des soins de santé. Elles représentent les dépenses récurrentes pendant toute la durée d'un plan. L'investissement en capitaux est également nécessaire pour éduquer et former les gens. Cela peut consister à compléter la formation des professionnels par une exposition supplémentaire dans le domaine de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. Ainsi, de nombreux psychologues, médecins généralistes, infirmiers et psychiatres des centres de santé n'ont pas reçu une formation suffisante en matière de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent au cours de leur formation professionnelle. Cette situation peut trouver une solution grâce aux formations courtes, aux bourses d'étude, ou à la supervision et à la formation en cours d'emploi (voir le module intitulé *Ressources humaines et Formation relatives à la santé mentale*).

Le capital physique se rapporte aux immeubles, aux biens d'équipement et aux véhicules. En général, il ne s'agit pas de dépenses annuelles. Cependant, une erreur courante consiste à ne pas prévoir une dotation budgétaire pour l'entretien afin d'empêcher une détérioration rapide et un remplacement précoce.

Les fournitures consistent essentiellement en médicaments. Le tableau 6 indique les apports de ressources pouvant être nécessaires pour la mise en œuvre de la prévention de l'épilepsie et d'un programme de traitement centré sur l'école. Cet exemple peut aussi servir pour illustrer la manière dont la disponibilité des ressources influence le calendrier d'exécution. Pendant la première année il faut parfois préparer du matériel de formation qui sera utilisé pendant la deuxième année par le personnel qui commencera le dépistage au cours de la seconde partie de la deuxième année et plus tard.

Les ressources humaines sont souvent la composante la plus coûteuse du système des soins de santé.

Une erreur courante consiste à ne pas prévoir une dotation budgétaire pour l'entretien afin d'empêcher une détérioration rapide et un remplacement précoce.

Si le matériel de formation est déjà disponible, ou si le personnel possède déjà une expertise suffisante dès le début et n'a plus besoin de recevoir une formation, ces délais peuvent être raccourcis.

Tableau 6. Ressources nécessaires au dépistage de l'épilepsie en milieu scolaire/programme de traitement*

Type de pays	Ressources humaines	Biens d'infrastructure	Fournitures
Faible revenu	Personnel de l'école (pour le dépistage) Personnel sanitaire et équipes de santé mobiles (pour le traitement) Infirmiers ou médecins (pour la consultation)	Matériel de formation du personnel Salles de dépistage (pourraient être des bâtiments existants) Véhicules	Antibiotiques Antiépileptiques EEG
Revenu moyen	Personnel sanitaire (pour le dépistage) Infirmiers et équipes de santé mobiles (pour le traitement) Médecins (pour la consultation)	Matériel de formation du personnel Salles de dépistage (pourraient être des bâtiments existants) Véhicules	Antimicrobiens Antiépileptiques Scanners EEG
Revenu élevé	Infirmiers (pour le dépistage et la recommandation) Docteurs en médecine et neurologues	Matériel de formation des infirmiers Espace adapté à l'évaluation clinique des problèmes de santé	Antimicrobiens Antiépileptiques Scanners EEG IRM

*Ces exemples ne sont PAS des recommandations spécifiques.

Déterminer les ressources disponibles et évaluer le financement disponible vont de pair. Dans le secteur de la santé mentale, des fonds peuvent être mobilisés par le biais de l'Etat (à partir d'un impôt général) de ressources sociales, de donateurs, de l'assurance privée, et de paiements directs. Des ressources supplémentaires pourraient être mobilisées à partir d'autres secteurs comme l'éducation et la justice.

Le budget est constitué des ressources disponibles et des coûts prévus des services, programmes et projets planifiés. Dans certains cas, les coûts devront être réduits pour être en conformité avec les ressources disponibles. Cela peut entraîner la réduction du nombre de stratégies, la prolongation de la durée nécessaire à la réalisation d'une stratégie donnée, et la réduction du nombre ou de l'intensité des activités concernant une ou plusieurs stratégies. Il faut être réaliste et voir ce qui est possible de faire. Il est préférable de promettre moins et de donner plus que l'inverse. Le budget devrait être réexaminé au moins une fois par an, mais de préférence plus souvent. Dès que la mise en œuvre d'une stratégie est en cours, on peut faire des estimations plus précises des futures dépenses sur la base des coûts qui ont déjà été engagés.

Les délais et les ressources doivent être examinés en même temps pour mettre l'accent sur leur dépendance mutuelle. Chaque stratégie devrait être liée à un délai réalisable avec les ressources disponibles. Certaines stratégies devront être menées indéfiniment, alors que d'autres ne seront utilisées que pendant une période de temps limitée. Une erreur courante est de planifier beaucoup trop pour la première année de la mise en œuvre d'une stratégie. Cette erreur résulte de la tendance des planificateurs à sous-estimer le temps nécessaire pour réunir une équipe, définir les procédures, aménager l'infrastructure et instituer les mécanismes financiers et transférer le financement de sa source à un compte qui est accessible dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie.

Points clés

- Un plan de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent est un dispositif détaillé et préformulé pour la mise en œuvre des actions stratégiques qui favorisent la promotion de la santé mentale et la prévention ainsi que le traitement des troubles mentaux.
- Les stratégies doivent être déterminées et les délais doivent être fixés en vue d'élaborer des directives relatives à la budgétisation, de déterminer les attentes réalistes et de concevoir des critères d'évaluation.
- Chaque stratégie devrait prendre en considération un ou plusieurs objectifs.
- Les activités doivent être identifiées, et les coûts, les ressources disponibles et le budget définis.

4. Mise en oeuvre des politiques et des plans relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent

Cette section identifie les étapes qui permettent de mettre en oeuvre les politiques et les plans relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. Ces étapes comprennent la diffusion de la politique; la mobilisation du soutien du pouvoir politique et du financement; la mise sur pied d'une structure de soutien; la création de projets pilotes dans les zones de démonstration; et la coordination.

Il est également important de prendre en considération l'évaluation des politiques et des plans relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. Bien qu'une discussion générale portant sur les problèmes d'évaluation ne puisse être faite dans ce module, le Tableau 4 présente un résumé de certains des domaines à prendre en compte dans le cadre d'une évaluation qui utilise la matrice de la santé mentale (Thornicroft et Tansella, 1999) comme cadre de référence d'un schéma conceptuel. En outre, les modules intitulés *Amélioration de la Qualité en vue de la santé mentale*, *Systèmes d'information et Recherche et évaluation* donne des directives plus détaillées.

4.1 Etape 1 : Diffuser la politique

Les politiques formulées doivent être diffusées auprès de tous les organes gouvernementaux impliqués à tous les niveaux, auprès de tous les partenaires et toutes les personnes-clés. Cette opération doit être suivie dans le temps et nécessite des efforts soutenus. L'Encadré 18 présente certaines idées sur la manière dont une telle diffusion peut se dérouler.

Les politiques formulées doivent être diffusées auprès des bureaux de districts de santé et d'autres agences partenaires et auprès des personnes qui travaillent dans ces agences.

Encadré 18. Formules de diffusion d'une politique ou d'un plan relatif à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent

- Organiser des réunions avec des équipes de santé, des consommateurs, des familles, des groupes de sensibilisation et d'autres partenaires pour analyser la politique ou le plan.
- Impliquer le plus grand nombre de secteurs possible dans le processus de diffusion.
- Organiser un événement public avec les médias, pendant lequel le ministre de la santé ou une autre autorité annonce officiellement le lancement de la nouvelle politique, du nouveau plan ou programme.
- Organiser des séminaires nationaux pour analyser la politique ou le plan.
- Imprimer et distribuer des affiches, dépliants et prospectus qui soulignent les idées maîtresses de la politique ou du plan.
- Imprimer des brochures sur la politique, le plan ou le programme et les distribuer aux partenaires.
- Recruter et soutenir les consommateurs, les familles et d'autres groupes d'intervention pour qu'ils facilitent la diffusion de l'information relative à la politique ou au plan.

Les enfants et les adolescents eux-mêmes, ainsi que leurs familles sont des partenaires dans le domaine de la santé mentale des enfants et des adolescents. Le succès de la diffusion d'une politique ou d'un plan sera maximisé si les enfants, les adolescents et leurs familles sont plus pris en considération dans des milieux différents tels que les écoles, les rues, les zones rurales et les lieux de travail.

La diffusion doit tenir compte du fait que de très nombreux enfants, adolescents et leurs familles sont soit incapables de lire, soit seulement capables de lire avec difficulté. Plusieurs raisons expliquent cette situation : A titre d'exemple, un enfant peut être trop jeune pour lire et un adulte peut être analphabète. Les techniques de diffusion doivent également être adaptées d'un point de vue culturel. Les exemples de techniques de diffusion captivantes et novatrices adaptées aux enfants et adolescents ainsi qu'à leurs familles recouvrent la danse, les spectacles, les démonstrations de magie (Lustig, 1994), la musique (i.e. les musiques de rap) (Remafedi, 1988), les spectacles de marionnette (Skinner et al, 1991) le théâtre (Commission des Citoyens sur le Sida pour la ville de New York et le Nord du New Jersey, 1991), le conte et les vidéos.

La diffusion doit tenir compte du fait que de très nombreux enfants, adolescents et leurs familles sont soit incapables de lire, soit seulement capables de lire avec difficulté.

4.2 Etape 2. Mobiliser le soutien du pouvoir politique et le financement

Aucune politique ni aucun plan, même s'il est bien conçu et bien formulé, n'a de chance d'être mené à bien sans un soutien des pouvoirs politiques et un niveau de financement à la mesure des objectifs et des stratégies. Le soutien des pouvoirs politiques devrait être mobilisé tôt au cours du processus, avec la détermination et l'engagement continus de mettre en œuvre la politique dès qu'elle est formulée. Les jeunes personnes étant souvent dépendantes des autres pour la défense de leur intérêts, les défenseurs de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent doivent garantir la viabilité politique et financière d'un plan, souvent sans le plaidoyer persistant des utilisateurs des services eux-mêmes. Les estimations précises du coût devraient être fournies pour éviter de faire face à un financement insuffisant des programmes ou susciter d'économies irréalistes. La programmation nécessite en général des investissements préalables avant que des économies ou un rendement puissent être obtenus.

Les défenseurs de la politique de santé mentale au sein du ministère de la santé devront trouver des alliés dans d'autres secteurs gouvernementaux ainsi que dans la communauté et le pays en général. Ils pourraient organiser des réunions avec leurs homologues d'autres ministères dont le but peut être de démontrer l'importance de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent et de mobiliser un large soutien au sein du gouvernement pour la mise en œuvre de la politique.

En général, toute personne ayant un intérêt dans le bien être des jeunes personnes peut être encouragées à accorder un intérêt aux problèmes de santé mentale. Le tableau 7 présente une liste des alliés potentiels, en même temps que des exemples de la manière dont la santé mentale améliorée de l'enfant et de l'adolescent aura des effets bénéfiques collatéraux dans leur domaine d'action. Il va sans dire que les défenseurs de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent doivent faire pression sur les responsables d'un certain nombre de ministères concernés.

Aucune politique ni aucun plan, même s'il est bien conçu et bien formulé, n'a de chance d'être mené à bien sans un soutien du pouvoir politique et un financement à la mesure des objectifs.

En général, toute personne ayant un intérêt dans le bien-être des jeunes personnes peut être encouragée à accorder un intérêt aux problèmes de santé mentale.

Tableau 7. Partenaires éventuels pour la mise en place des services de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent

Partenaires éventuels	Avantages que le partenaire peut tirer de l'amélioration de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent
Organisations civiques telles que les scouts, les groupes musicaux, les organisations de prévention du SIDA	Augmentation des effectifs Amélioration des résultats Réduction des problèmes comportementaux
Autorités du système judiciaire	Baisse du nombre d'actes criminels Baisse du nombre de procès en justice Baisse du nombre de condamnations
Centres de soins primaires	Amélioration de la santé physique Amélioration du respect du traitement
Association des employeurs ou des locataires	Voisins plus prévenants Moins de crime
Organisations confessionnelles	Participation accrue et augmentation des effectifs
Responsables des écoles	Amélioration des résultats scolaires Baisse des taux d'absentéisme et d'abandon scolaires Réduction des troubles du comportement

Il faut que les personnes capables de mobiliser un soutien en faveur de la politique aux niveaux les plus élevés du gouvernement participent à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique. L'identification et le maintien d'un contact constant avec un défenseur au niveau le plus élevé du gouvernement sont déterminants pour élaborer et soutenir une politique. Les dirigeants de la communauté peuvent devenir des défenseurs vigoureux de la politique, en faisant en sorte que la politique soit effectivement mise en œuvre.

4.3 Etape 3. Mettre sur pied une structure de soutien

La mise en œuvre d'une politique et d'un plan relatif à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent nécessite des contributions de la part des personnes et des organisations dotées d'une très grande expertise dans des domaines comme la santé mentale et physique de l'enfant et de l'adolescent, la santé publique, l'économie, la gestion, l'épidémiologie et la recherche. Comme mentionné plus haut, les personnes ayant une formation ou une expérience qui s'applique principalement aux adultes peuvent avoir besoin de les compléter avec une formation ciblée sur les enfants et les adolescents.

La mise en œuvre d'une politique et d'un plan relatif à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent nécessite des contributions de la part des personnes et des organisations dotées d'une très grande expertise.

Il est nécessaire d'impliquer tous les niveaux géographiques et administratifs d'un pays ou d'un système de santé dans le processus de la mise en œuvre. Ainsi, au niveau national, une équipe pluridisciplinaire peut être chargée de la mise en œuvre de la politique dans le pays. Alors que le nombre de personnes affectées à une équipe et leurs compétences varieront en fonction des besoins du pays, le fait de confier plus de responsabilité à une équipe améliorera la mise en œuvre de la politique. Au niveau du service de santé local un agent de santé mentale peut se voir confier la responsabilité de la mise en œuvre de la politique.

4.4 Etape 4 : Créer des projets pilotes dans les zones de démonstration

Les projets pilotes dans les zones de démonstration au moyen desquels les politiques et les plans peuvent être mis en œuvre assez rapidement, peuvent servir plusieurs fonctions utiles: ils peuvent être évalués plus efficacement et plus complètement; ils peuvent fournir un soutien empirique pour l'initiative, par le biais de la démonstration aussi bien de la faisabilité que de l'efficacité à court et à long terme, ils peuvent faire émerger des défenseurs dans les rangs de ceux qui participent au projet-pilote; et ils peuvent former les collègues du secteur de la santé et d'autres secteurs sur la manière d'élaborer et de mettre en œuvre les politiques et les plans.

La création de projets pilotes avec un financement à court terme exige une certaine prudence. Il y a des risques lorsqu'un projet est lancé sans un financement continu suffisant ou sans la capacité d'extension ultérieure à d'autres régions du pays. Les consommateurs, les familles et la communauté peuvent manifester des attentes pour des services qui ne peuvent pas être rendus à long terme avec les ressources disponibles. Il est également important de suivre la mise en œuvre du projet-pilote afin de s'assurer qu'il est efficace et qu'il n'est pas maintenu en dehors d'une pure inertie au changement ou en raison de la croyance selon laquelle « il vaut mieux avoir quelque chose que rien du tout », ou parce que c'est une source de revenu pour le dispensateur. Il s'agit là d'un autre argument en faveur de l'évaluation du projet.

4.5 Etape 5. Confier plus de responsabilités aux prestataires et maximiser la coordination

Il est utile d'identifier les personnes, équipes ou organisations du secteur de la santé ou d'autres secteurs responsables de la mise en œuvre du plan. L'obligation de rendre compte et d'assurer le suivi est l'un des aspects clés de la mise en œuvre du programme. La nécessité du suivi de la mise en œuvre du plan et des résultats de l'activité sont au centre des étapes 1 à 5. Les agents chargés du suivi doivent présenter les résultats de leur suivi sous une forme utilisable dans le cadre d'une nouvelle planification. Le devoir de rendre compte est une seconde exigence indispensable pour ceux qui mettent en œuvre un plan. Cette obligation est importante, non seulement pour garantir l'intégrité de la mise en œuvre du programme, mais aussi pour insister sur l'importance et la valeur attachées à chaque activité.

De nombreux pays laissent aux agents de santé mentale du secteur public le soin de mener une grande partie des interventions en matière de santé mentale. Alors qu'il est souvent facile d'élaborer et de mettre en œuvre une politique nationale par le biais des agents du secteur public, de tels systèmes peuvent s'avérer rigides, inefficaces, et de mauvaise qualité et risquent de ne pas satisfaire les besoins de la population (OMS, 2000). Les mesures incitatives, comme la décentralisation des prises de décision visant à donner plus de pouvoir aux structures sanitaires et d'améliorer l'accès aux équipements peuvent responsabiliser les agents du secteur public. Ainsi la priorité pour une région peut être un programme de promotion de la santé mentale basé sur l'école, alors que pour une autre région elle peut être la mise au point d'un traitement basé sur la communauté destiné aux enfants atteints de retard mental. Les agents de santé mentale se sentiront responsabilisés s'ils ont un certain droit de regard sur la mise en œuvre des programmes dans leur région.

Les professionnels de santé mentale du secteur privé sont une composante clé du système de santé mentale, et sont souvent plus sensibilisés aux impératifs financiers. Alors qu'ils sont en général plus ouverts et plus flexibles à l'égard des besoins de la population, il peut s'avérer difficile de les influencer avec une politique de santé mentale. Les stratégies visant à confier plus de responsabilités aux agents du secteur privé impliquent l'établissement de contrats, la réglementation et l'élaboration de normes de qualité.

Les chances de mener à bien la mise en œuvre d'un plan seront améliorées si les prestataires de services ont autant de responsabilités que possible.

Les professionnels de santé mentale du secteur privé sont une composante clé du système de santé mentale et sont souvent plus sensibilisés aux impératifs financiers.

En matière de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent, il est possible qu'il y ait un grand nombre de prestataires qui se retrouvent en dehors du système traditionnel de santé. Les chances de mettre en œuvre avec succès une intervention seront améliorées si les agents sont impliqués dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique et du plan. Des mesures incitatives peuvent être prises pour encourager ces travailleurs. Ainsi, les enseignants peuvent devenir des partenaires actifs en incluant des objectifs de santé mentale dans les dispositions contractuelles avec les écoles.

Les chances de mettre en œuvre avec succès un plan seront améliorées si les agents sont pleinement responsables de leur travail.

Parmi les autres prestataires, il y a les tradipraticiens, les groupes d'aide mutuelle, les ONG, les organisations bénévoles et les utilisateurs de service de santé mentale. Ces prestataires réagiront à différentes mesures incitatives visant à mettre la politique en œuvre (voir les modules intitulés *Financement de la santé mentale* et *Politique, plans et programmes de la santé mentale* pour plus de détails).

Au cours d'une seule journée, les enfants et les adolescents se déplacent entre plusieurs secteurs comme l'éducation, les services sociaux et le domicile. Tous les secteurs présentent un intérêt aussi bien pour le bien-être physique et mental présent que futur des jeunes gens. Le tableau 8 donne quelques exemples d'interventions en matière de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent qui sont menées principalement par le biais de secteurs autres que le secteur de la santé. La collaboration (y compris la participation aux frais) en ce qui concerne les initiatives en matière de santé mentale produit de bons résultats, notamment pour les jeunes gens.

Tous les secteurs présentent un intérêt aussi bien pour le bien-être physique et mental présent que pour le bien-être physique et mental futur des jeunes gens.

Tableau 8. Exemples d'interventions intersectorielles en matière de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent		
Problème	Intervention	Secteur
Incapacité intellectuelle	Incorporation d'iode au sel et à l'eau	Commerce Services des Eaux
Promotion et prévention	Visites à l'enfant et à la mère à domicile	Services sociaux
	Interventions en milieu scolaire	Education
Séquelles psychopathologiques dues		
<input type="checkbox"/> Au mauvais logement	Améliorer l'habitat, l'environnement et les services d'appui	Habitat Services sociaux
<input type="checkbox"/> A la criminalité dans la collectivité	Augmenter les patrouilles de police Mobilisation de la collectivité	Maintien de l'ordre Services sociaux
Suicide	Contrôle des armes	Justice
	Restreindre l'accès aux pesticides	Media Collectivité locale
	Education sanitaire	Education
	Trouver une solution aux articles médiatiques inappropriés sur les suicides	Media
Absentéisme scolaire	Surveiller et visiter à domicile les sujets qui s'absentent souvent de l'école	Education Services sociaux

Les partenaires devraient coordonner leurs efforts avec ceux qui travaillent au ministère de la santé et sont responsables de la santé des enfants et des adolescents, en leur rappelant que la promotion de la santé mentale et la mise en œuvre de programmes de prévention est efficace du point de vue du coût. Ils devraient travailler avec les éducateurs qui peuvent contribuer à réduire la stigmatisation due aux troubles mentaux. Ils doivent aussi mobiliser les pédiatres qui, même dans les pays développés, ont souvent besoin d'assistance pour comprendre le comportement anormal. En collaboration avec les personnes qui financent le système de santé, ils devraient prouver que le matériel d'éducation et de thérapie simple n'est pas nécessairement onéreux. En fin de compte, ils doivent soutenir les efforts de promotion de santé mentale qui ont des implications profondes sur le bien-être mental des enfants et des adolescents.

Obstacles et solutions

Un certain nombre d'obstacles et de solutions relevés dans *Politique, plans et programmes de la santé mentale* sont aussi valables pour la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. En outre, les obstacles et les solutions ci-dessous sont plus spécifiques à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent :

Obstacles	Solutions
Insuffisance de ressources allouées expressément à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent dans le cadre de l'allocation budgétaire de la santé ou de la santé mentale en général	<ul style="list-style-type: none"> • Se référer aux obligations conventionnelles internationales telles que la Convention des Nations unies sur les droits de l'enfant. • Appuyer les défenseurs efficaces, par exemple les groupes de familles et les éducateurs. • Utiliser les arguments qui visent particulièrement la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent, par exemple les avantages dont bénéficient les adultes qui ont eu accès à des services de santé mentale pendant l'enfance et l'adolescence
Les ressources antérieurement affectées à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent sont maintenant allouées aux projets relatifs au VIH-SIDA.	<ul style="list-style-type: none"> • Faire état des relations qui existent entre le VIH/SIDA et la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. • Faire des interventions dans le domaine de la santé mentale en utilisant les ressources qui étaient allouées aux projets relatifs au VIH/SIDA, sur la base des relations susmentionnées.
Insuffisance des éléments d'appréciation de l'efficacité et de l'efficience des interventions en matière de santé mentale chez les enfants et les adolescents par rapport aux adultes.	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en exergue les éléments d'appréciation disponibles. • S'informer sur les essais en cours et conseiller les populations sur les résultats escomptés.
Il y a relativement peu de professionnels qualifiés et expérimentés en matière de soins de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent.	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborer des plans de formation d'autres personnels qui vont travailler dans le domaine de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. • Organiser la formation en cours d'emploi pour permettre au personnel de santé mentale 'générale' de mieux travailler avec les enfants et les adolescents. • Modifier les attributions des agents de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent, compte tenu de la pénurie de personnel, en les amenant à consacrer la majeure partie de leur temps à la supervision et à la consultation.
Il y a une interprétation erronée des troubles mentaux, particulièrement chez les jeunes.	Utiliser les campagnes médiatiques, publicitaires et de sensibilisation dans les différents domaines pour améliorer la compréhension des troubles mentaux.
Certains enfants, adolescents et leurs familles sont incapable de lire.	Utiliser des stratégies de communication novatrices telles que la danse, des séances de magie et de marionnettes, le théâtre, les histoires et les vidéos.

Adolescent

Une personne âgée de 10 à 19 ans.

District de santé

Division géographique ou politique d'un pays en charge des fonctions décentralisées du ministère de la santé.

Efficacité

Effet souhaité d'une intervention dans un groupe de population donnée.

Efficienne

Effet souhaité d'une intervention dans un groupe de population plus large et non expérimental.

Enfant

Une personne âgée de moins de 10 ans.

Intervention relative à la santé mentale

Ensemble d'activités entreprises en vue de la promotion de la santé mentale, de la prévention et du traitement des troubles mentaux ou de la réhabilitation des sujets traités.

Ministère de la Santé

Département ministériel d'un pays, en charge de la santé des populations, dirigé par un Ministre ou un Secrétaire d'Etat.

Objectif de la politique

Résultats que la politique vise à atteindre et la manière d'atteindre ces résultats.

Organisation non gouvernementale

Une organisation de plaidoyer ne faisant pas partie d'un système gouvernemental.

Partenaires en matière de santé mentale

Personnes et organisations intéressées par l'amélioration de la santé mentale d'une population, y compris les consommateurs, les membres de familles, les professionnels, les décideurs ainsi que les enfants et les adolescents eux-mêmes.

Plan de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent

Projet détaillé relative à la mise en oeuvre d'actions stratégiques qui favorisent la promotion de la santé mentale, la prévention des troubles mentaux ainsi que le traitement et la réhabilitation des enfants et des adolescents.

Politique de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent

Ensemble organisé de visions, de valeurs, de principes, d'objectifs et de domaines d'action visant à améliorer la santé mentale des enfants et des adolescents

Prestataires de services de santé mentale

Professionnels, auxiliaires, équipes ou institutions de santé communautaire ou de santé mentale effectuant des interventions en matière de santé mentale en faveur des populations.

Principe

Vérité ou doctrine fondamentale qui implique des règles de conduite. Les énoncés de base, étayés par des valeurs, soutiennent et expliquent la vision.

Qualité

Mesure qui permet de savoir si les services augmentent la probabilité d'obtenir les résultats escomptés et sont conformes aux pratiques actuellement avérées.

Stratégie

Bonne organisation des activités dans le but d'atteindre un objectif.

Valeur

Croyance culturelle ou normes morales/éthiques relatives à un type de comportement désirable (ou guide d'attitudes, de jugements et de comparaisons).

Vision de la politique de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent

Ensemble de perspectives positives d'avenir, qui définit la situation souhaitable et les objectifs à atteindre.

Références

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997) Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(suppl):85S-120S.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2002) Practice parameters for the use of stimulant medication in the treatment of children, adolescents, and adults. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(suppl):26S-49S.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Resource Book of Mental Disorders (DSM-IV) 4th ed., Washington, DC.

Barkley RA (2002) International consensus statement on ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41:1389.

Beardslee WR, Versage EM, Gladstone TRG (1998) Children of affectively ill parents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 37:1134-1141.

Bird H. (1996) Epidemiology of childhood disorders in a cross-cultural context. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 37:35-49.

Blanchet T. (1996) *Lost innocence, stolen childhoods*. Dhaka: University Press Limited.

Byford S et al. (1999) Cost-effectiveness analysis of a home-based social work intervention for children and adolescents who have deliberately poisoned themselves. Results of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 174:56-62.

Center for Child Mental Health, Caritas Newsletter, (2004). Caritas, Cambodia.

Cauffman E (2004): A statewide screening of mental health symptoms among juvenile offenders in detention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43:430-439.

Citizens Commission on AIDS for New York City and Northern New Jersey (1991). AIDS prevention and education: reframing the message. *AIDS Education and Prevention*, 3:147-163.

Dawes A et al. (1997) Child and adolescent mental health. In: Foster D, Freeman M, Pillay Y, eds. *Mental health policy issues for South Africa*. Cape Town: Multimedia Publications.

Department of Health, Republic of South Africa (2001). *Policy Guidelines: Child and Adolescent Mental Health*, Pretoria, South Africa, Department of Health.

Durlak JA (1998) Common risk and protective factors in successful prevention programs. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68:512-520.

Eisenberg L (2000) Getting down to cases - making mental health interventions effective. *Bulletin of the World Health Organization* 78(4) :511-512.

Fleitlich-Bilyk B, Goodman R (2004). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43: 727-734.

Fullilove MT (1996) Psychiatric implications of displacement: Contributions from the psychology of place. *American Journal of Psychiatry* 153:1516-1523.

Giel R et al. (1981) Results of observations in four developing countries. *Pediatrics*, 128:513-522.

Gomez-Beneyto M et al. (1994) Prevalence of mental disorders among children in Valencia, Spain. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89:352-357.

Greenwood PW (1996) Responding to juvenile crime: Lessons learned. *Future of Children*, 6:75-85.

Grimes K (2001) Massachusetts -- Mental health services program for youth: A blended funding model for integrated care. In Newman V et al., eds.. *The 13th annual research conference proceedings: A system of care for children's mental health: Expanding the research base*. Tampa: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, Research and Training Center for Children's Mental Health. pp. 109-112.

Indian Council of Medical Research (2001) *Epidemiological study of child and adolescent psychiatric disorders in urban and rural areas*. New Delhi: ICMR (unpublished data).

Jablensky A et al. (1987) Incidence worldwide of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 151:408-09.

Kamradt BJ (2000) Wraparound Milwaukee: Aiding youth with mental health needs. *Juvenile Justice Journal*, 7:19-26.

Keating D, Hertzman C, eds. (1999) *Developmental health and the wealth of nations: Social, biological and educational dynamics*. New York: The Guilford Press.

Knapp MRJ, Scott S, Davies J (1999) The cost of antisocial behaviour in younger children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 4:457-473.

Knapp M et al. (2002) The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression: 3. Impact of comorbid conduct disorder on service use and costs in adulthood. *British Journal of Psychiatry*, 180:19-23.

Lazarus S, Moolla N, Reddy P (1996) Intersectoral collaboration within the context of educational support services in South Africa. In Vergnani T et al., eds. *Health promoting schools in South Africa: Challenges for the 21st century*. Conference proceedings. Cape Town: University of the Western Cape.

Lewis M ed. (1996) *Child and adolescent psychiatry A comprehensive textbook. Second edition*. Baltimore: Williams and Wilkins.

Lund C (2002) *Mental health service norms in South Africa*. Ph.D. thesis, Department of Psychiatry and Mental Health, University of Cape Town.

Lustig SL (1994) The AIDS prevention magic show: avoiding the tragic with magic. *Public Health Reports*, 109:162-167.

Lyons-Ruth K, Wolfe R, Lyubchik A (2000) Depression and the parenting of young children: making the case for early preventive mental health services. *Harvard Review of Psychiatry*, 8:148-153.

Mann EB et al. (1992) Cross-cultural differences in rating hyperactive-disruptive behaviors in children. *American Journal of Psychiatry*, 149:1539-1542.

Morita H et al. (1993) Psychiatric disorders in Japanese secondary school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34:317-332.

Nock MK et al. (2004) From science to practice: The flexible use of evidence-based treatments in clinical settings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43:777-780.

Offord DR et al. (1998) Lowering the burden of suffering from child psychiatric disorder: Trade-offs among clinical, targeted and universal interventions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37:686-694.

Offord DR et al. (1987) Ontario Child Health Study: II. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization. *Archives of General Psychiatry*, 44:832 – 836.

Organisation mondiale de la Santé (1992) *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement: Descriptions cliniques et Directives pour le diagnostic (CIM-10)*, Genève, OMS.

Organisation mondiale de la Santé (1993) *Life skills education in schools*. Genève: OMS. (WHO/MNH/PSF/93.7A.Rev 2)

Organisation mondiale de la Santé (1998) *WHO's Global School Health Initiative*. Genève: OMS. (WHO/HPR/HEP/98.4)

Organisation mondiale de la Santé (2000) *Rapport sur la Santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performant*. Genève: OMS.

Organisation mondiale de la Santé (2001) *Rapport sur la Santé dans le monde 2001: Santé mentale. Nouvelle conception, nouveaux espoirs* Genève: OMS.

Organisation mondiale de la santé (2003). *Mental Health Policy and Service Guidance Package: Organization of Services for Mental Health*. Genève, OMS.

Patel V (2002) Research environment in developing countries: Making it happen. Presented at the conference, Research for Change: Research on Mental Health and Substance Abuse in Developing Countries, Cape Town, 3–6 December 2002.

Remafedi GI (1988) Preventing the sexual transmission of AIDS during adolescence. *Journal of Adolescent Health Care*, 9:139-143.

Sampson RJ, Raudenbush SW, Earls F (1997) Neighborhoods and violent crime: a multi-level study of collective efficacy. *Science* 277:918-924.

SANE Australia (1992). *Schizophrenia: Costs*. Melbourne: SANE Australia.

Scott S et al. (2001) Financial cost of social exclusion: follow-up study of antisocial children into adulthood. *British Medical Journal*, 323:191-195.

Scott RA, Lhattoo SD, Sander JWAS (2001) Policy and practice: The treatment of epilepsy in developing countries: where do we go from here? *Bulletin of the World Health Organization*, 79:344-351.

Shatkin, JP, Belfer ML (2004) The global absence of child and adolescent mental health policy. *Child and Adolescent Mental Health* 9: 104-108

Skinner D et al. (1991) An evaluation of an education programme on HIV infection using puppetry and street theatre. *AIDS Care*, 3:317-329.

Smith DAR (1999) *A review of the rate and nature of suicide among young people who accessed Child Youth and Family Services, 1994–1999*. Department of Child Youth and Family Services, Wellington, New Zealand.

Steinhausen HC et al. (1998) Prevalence of child and adolescent disorders: the Zurich Epidemiological Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98:262-271.

Tadesse B (1999) Childhood behavioural disorders in the Ambo district, Western Ethiopia: I. Prevalence estimates. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100(suppl): 92-97.

Thornicroft G, Tansella M (1999) *The mental health matrix. A manual to improve services*. Cambridge: Cambridge University Press.

Tobin JJ, Friedman J (1984) Intercultural and developmental stresses confronting southeast Asian refugee adolescents. *Journal of Operational Psychiatry*, 15:39-45.

Tsuang MT et al., eds. (1995) *Textbook of psychiatric epidemiology*. New York: John Wiley and Sons, Inc.

United States Department of Health and Human Services (1999) *Mental health: A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: United States Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health.

Verhulst FC (1995) A review of community studies. In Verhulst FC, Koot HM, eds. *The epidemiology of child and adolescent psychopathology*. Oxford: Oxford University Press.

Weyerer S et al. (1988) Prevalence and treatment of psychiatric disorders in 3-14-year-old children: results of a representative field study in the small rural town region of Traunstein, Upper Bavaria. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77:290-296.

Yasamy MT et al. (2001) Mental health in the Islamic Republic of Iran: Achievements and areas of need *Eastern Mediterranean Health Journal*. 7(3):381-391.