



**LES SOINS PSYCHIATRIQUES POUR ADOLESCENTS EN EUROPE:
SITUATION ACTUELLE, RECOMMANDATIONS ET LIGNES
DIRECTRICES PAR LE RÉSEAU ADOCARE***

E. COPPENS - I. VERMET - J. KNAEPS - M. DE CLERCK
I. DE SCHRIJVER - J.P. MATOT - CH. VAN AUDENHOVE

BRUXELLES

DÉCEMBRE 2015



COLOFON

***ADOCARE: Contrat service SANCO/2013/C1/005 - 512.668919**

L'Union européenne représentée par la Commission européenne, DG Santé et consommateurs
Direction-Générale - Direction C - Santé publique

Le consortium Action for Teens (aisbl - inpo) - LUCAS (Centre de recherche de la KU Leuven)

L'équipe ADOCARE:

Action for Teens (aisbl - inpo):

Martine De Clerck (coordinatrice du projet)
Isabelle De Schrijver (coordinatrice du projet)
Marta Mateos (assistant au projet)
Dr. Jean-Paul Matot (directeur de projet)
Christine Vandermeulen (directrice financière)

LUCAS KU Leuven:

Prof. Dr. Chantal Van Audenhove, Ph D. (directrice de recherche)
Dr. Evelien Coppens, Ph D. (coordinatrice de recherche)
Dr. Jeroen Knaeps, Ph D. (collaborateur scientifique)
Iona Vermet (collaboratrice scientifique)
Kevin Agten (appui administratif)
Lut Van Hoof (appui administratif)

Le réseau de participants ADOCARE (Voir pages 38/39)

Copyrights:

© European Union, 2015.

Reproduction of content other than photographs and map is authorised provided the source is acknowledged.

For any use or reproduction of photographs and map permission must be sought directly from the copyright holder's ©adobe stock

Disclaimer:

The information and views set out in this report are those of the author(s) and do not necessarily reflect the official opinion of the European Commission.

Neither the European Commission nor any person acting on behalf of the Commission is responsible for the use which might be made of the following information.

www.adocare.eu

**ADOCARE: contrat de service avec la Commission européenne en vue de mettre en œuvre une action préparatoire liée à la création d'un réseau européen d'experts en soins adaptés aux adolescents souffrant de troubles psychiatriques, contrat de service SANCO/2013/C1/005 - 512.668919.*

CONTENU

AVANT-PROPOS	5
Synthèse	7
1. Introduction	7
2. La situation de la santé mentale des adolescents en Europe	8
3. Organisation et typologie des services d'AMHC	9
4. Disponibilité et qualité des services d'AMHC	9
5. Stratégies en vue d'améliorer la disponibilité des services d'AMHC	9
6. Stratégies en vue d'améliorer la qualité des services d'AMHC	11
7. Prévention des troubles psychiatriques et promotion du bien-être mental	17
8. Politiques et cadres juridiques liés à l'AMHC	18
Lignes directrices et recommandations	23
1. Disponibilité des services d'AMHC	24
2. Qualité des services d'AMHC	25
3. Accessibilité des services d'AMHC	26
4. Traitement centré sur la personne	26
5. Soins intégrés	28
6. Transition des adolescents de services d'AMHC vers des services de soins de santé mentale pour adultes	28
7. Formation des professionnels	29
8. Prévention et promotion de la santé mentale	29
9. Politiques et cadres juridiques	31
10. Recherche	31
Références	35



AVANT-PROPOS

Tous les adolescents ont le droit de grandir et de devenir des adultes responsables et en bonne santé capables de participer pleinement à la société et de mener une vie heureuse. Malheureusement, un adolescent sur cinq souffre d'au moins un problème psychologique. Aujourd'hui, les jeunes et leur famille n'arrivent souvent pas à trouver un traitement et une aide appropriés, notamment parce que la qualité et la disponibilité des soins de santé mentale pour adolescents (Adolescent Mental Health Care ou AMHC) ne répondent pas aux besoins et aux attentes des jeunes (OMS 2005).

En 2009, pour répondre à ce besoin urgent de soins multidisciplinaires, intégrés et adaptés aux adolescents souffrant de problèmes de santé mentale, le réseau européen « Action for Teens » fut créée.

En décembre 2013, Action for Teens, en consortium avec LUCAS, signa un contrat de services de deux ans avec la Commission européenne, dénommé ADOCARE, en vue de mettre en place un réseau communautaire élargi d'expertise pour promouvoir et soutenir la création de structures de soins innovantes pour les adolescents souffrant de troubles mentaux.

La mission globale du projet ADOCARE consistait à améliorer les soins psychiatriques pour adolescents dans les Etats membres de l'Union en:

- Collectant l'information la plus récente et la plus pertinente ainsi que des idées et concepts innovants en matière d'AMHC.
- Evaluant la disponibilité et la qualité des services d'AMHC dans dix Etats membres participants.
- Formulant des directives et recommandations pour les gouvernements et les services en vue d'améliorer les services d'AMHC.

- Etablissant un réseau innovant, intersectoriel et collaboratif d'experts européens dans le domaine de l'AMHC.
- Stimulant la sensibilisation et en encourageant les pays à améliorer ou à mettre sur pied les services d'AMHC.

Dans la pratique, le projet ADOCARE s'articulait en deux ensembles de tâches. Le premier « paquet » de tâches consistait en tout ce qui était lié à la recherche et portait sur les trois premiers objectifs. Le deuxième « paquet » concernait davantage tout ce qui était lié à la collecte de l'information et de l'expertise par le réseau, la communication, la stimulation de la sensibilisation, le développement des capacités et la diffusion et portait sur les deux derniers objectifs.

Le présent document contient une synthèse des concepts les plus importants qui ont pu être collectés tout au long du projet ADOCARE en réponse aux questions posées dans le cadre de la recherche. Sur la base des constats qu'a permis cette recherche, des directives et recommandations sont formulées en vue d'aider les décideurs politiques (niveau macro) et les professionnels (niveau micro) dans leur action visant à améliorer les services d'AMHC dans leur pays.



SYNTHESE

1. INTRODUCTION

En Europe, 15 à 20% des adolescents présentent au moins un trouble psychologique ou comportemental et le risque est réel que les troubles de santé mentale développés durant l'adolescence perdurent à l'âge adulte ou deviennent même chroniques (OMS, 2005). On estime qu'environ la moitié des problèmes de santé mentale chez les adultes trouvent leur origine durant l'adolescence (Kessler et al., 2007a; Patel, Flisher, Hetrick, & McGorry, 2007). Les troubles mentaux n'affectent pas seulement les jeunes adolescents et leur entourage, ils ont aussi des implications profondes pour leur évolution sociale et l'économie en général (Sawyer et al., 2012). Une perte annuelle de 4% du produit intérieur brut européen est liée aux effets des problèmes de santé mentale (à la suite de l'absentéisme, de prestations moindres au travail, etc.) (LSE, 2012).

Aujourd'hui, les jeunes et les réseaux qui les prennent en charge n'arrivent pas toujours à trouver des solutions appropriées à leurs troubles mentaux. Ceci est dû à un manque d'établissements de soins de santé mentale (MHC) spécialisés. Comme le souligne l'OMS, les adolescents ont d'autres besoins en matière de soins que des adultes ou des enfants car ils sont pleinement engagés dans leur processus de maturation (OMS, 2002). Les adolescents ont par exemple besoin de plus d'information et d'aide psychosociale (Gulliver, Griffiths, & Christensen, 2010) et - selon eux - l'état d'esprit affiché par les services de soins est plus important que leurs qualités techniques (OMS, 2002). Une série de facteurs poussent les adolescents à renoncer à demander de l'aide. Ces facteurs incluent l'attitude qu'a le public, la perception et l'auto-stigmatisation de la maladie mentale, des soucis par rapport au respect de la confidentialité de la part des services quant aux soins dispensés, un accès limité (notamment en raison du temps, du transport, du coût) et leur manque général d'information concernant les services de santé mentale (Gulliver et al., 2010).

Tous les adolescents ont le droit de grandir et de devenir des adultes responsables et en bonne santé capables de participer pleinement à la société (à la fois sur le plan social et économique). Pour atteindre cet objectif, il faut d'urgence passer à l'action. Voici une décennie, une déclaration était publiée par l'OMS demandant que les Etats membres de l'Union européenne mettent à la disposition des adolescents en état de besoin des services psychiatriques (MHC) adaptés et suffisants. Plus spécifiquement, les Etats membres doivent garantir des services psychiatriques adaptés à l'âge (c'est-à-dire des services de soins de santé de première ligne et d'autres spécialisés et des services de soins sociaux ou non médicaux) opérant comme des réseaux intégrés (OMS, 2005).

Mission et objectifs d'ADOCARE

La mission globale d'ADOCARE consistait à mettre en place un réseau d'experts au sein de l'Union en vue de promouvoir et de soutenir la création de structures de soins adaptées et innovantes pour des adolescents souffrant de problèmes de santé mentale. Les objectifs globaux du réseau d'experts consistaient à mener des recherches et à stimuler la sensibilisation, l'échange et la consultation, le développement des capacités, la diffusion et les actions de promotion.

Pour réaliser cette mission, ADOCARE:

- A réuni l'information pertinente ainsi que des idées et concepts innovants sur les soins de santé mentale pour adolescents (AMHC).
- Evalué la disponibilité et la qualité des services d'AMHC dans les Etats membres participants.
- Formulé des directives et recommandations pour les gouvernements et les services en vue d'améliorer les services d'AMHC.
- Etabli un réseau innovant, intersectoriel et collaboratif de chercheurs, psychiatres, psychologues, décideurs politiques, soignants et patients en vue de centraliser l'expérience et l'expertise dans le domaine des soins psychiatriques pour adolescents.
- Stimulé la sensibilisation, organisé l'échange et la consultation, le développement des capacités, la diffusion et la promotion.

Dans la pratique, le projet ADOCARE s'articulait autour de deux ensembles de tâches. Le premier «paquet» de tâches consistait en tout ce qui était lié à la recherche et portait sur les trois premiers objectifs. Le deuxième «paquet» concernait davantage tout ce qui était lié à la collecte de l'information et de l'expertise par le réseau, la communication, la stimulation de la sensibilisation, le développement des capacités et la diffusion et portait sur les deux derniers objectifs.

Le réseau ADOCARE

Dix pays ont participé à la recherche dans le cadre d'ADOCARE: la Belgique, la Finlande, la France, l'Allemagne, la Hongrie, l'Italie, la Lituanie, l'Espagne, la Suède et le Royaume Uni. L'objectif était d'inclure des représentants des différentes régions de l'Union européenne : les îles britanniques, l'Europe de l'Est, la région méditerranéenne, les régions nordiques et l'Europe occidentale. Le réseau se compose aujourd'hui de 239 acteurs concernés ayant des profils divers et originaires des Etats membres participants: chercheurs, décideurs politiques, représentants officiels des gouvernements, administrateurs et directeurs de services de santé mentale, psychologues, psychiatres, infirmières, soignants professionnels, jeunes, membres des familles des patients, etc.

Activités de sensibilisation et de développement des capacités

Pour stimuler la sensibilisation sur la nécessité de soins de santé mentale intégrés pour adolescents, pour faciliter les échanges de connaissances et d'expertise entre les différents acteurs concernés et pour développer les capacités, ADOCARE a organisé plusieurs événements qui ont réuni des experts réunissant des compétences multidisciplinaires ainsi que des organisations de parents et de jeunes: 2 conférences de haut niveau, 4 ateliers. Les informations et l'expertise précieuses recueillies sur le terrain lors de ces événements ont été exploitées dans le cadre des recherches d'ADOCARE.

ADOCARE a aussi participé activement à plusieurs événements organisés par des tierces parties en vue de diffuser l'information sur le projet et de promouvoir des soins psychiatriques intégrés pour adolescents.

Objectifs de la recherche

Dans sa recherche, ADOCARE a voulu collecter les informations les plus récentes et les plus pertinentes, les idées et les concepts en matière d'AMHC et a tenté d'apporter des réponses aux questions suivantes:

- Quel est l'état global de la santé mentale des adolescents en Europe?
- Comment les services d'AMHC sont-ils organisés en Europe?
- Dans quelle mesure des services d'AMHC sont-ils disponibles dans les Etats membres participants et quelle est la qualité de ces services?
- Quelles sont les stratégies déployées en vue d'améliorer à la fois la disponibilité et la qualité des services d'AMHC?
- Quelles sont les stratégies en vue de prévenir les troubles psychiatriques et comment peut-on promouvoir le bien-être mental des adolescents?
- Quelles sont les politiques et le cadre légal dans les Etats membres participants en matière d'AMHC?

Méthode de recherche

L'information a été collectée par le biais d'une approche multidimensionnelle. Nous avons combiné des analyses documentaires, des enquêtes et consultations, des tables rondes et des ateliers avec différents acteurs concernés (c'est-à-dire des décideurs politiques, des professionnels du secteur, des experts et des utilisateurs finaux). Plus spécifiquement, les rapports et articles utiles sur la santé mentale des adolescents et les soins psychiatriques qui s'adressent à eux ont été analysés en vue de mettre en place des instruments et des procédures pour les activités de recherche d'ADOCARE et de formuler des réponses aux questions abordées dans la recherche. Plusieurs enquêtes ont été menées auprès de cinq groupes d'acteurs concernés dans les 10 Etats membres participants : décideurs politiques, experts, professionnels, adolescents souffrant de problèmes de santé mentale et jeunes en général en incluant l'entourage de l'utilisateur final. Les questionnaires visaient à:

- Collecter des informations sur les politiques existantes et les cadres juridiques en matière d'AMHC, l'organisation de l'AMHC et la formation de professionnels;
- Identifier les meilleures pratiques et les environnements de soins intégrés pour adolescents souffrant de problèmes psychiatriques;
- Identifier les points forts et les points faibles en matière d'AMHC;
- Evaluer les services d'AMHC quantitativement et qualitativement;
- Explorer les besoins des jeunes souffrant de troubles psychiatriques.

En outre, durant la première Conférence de haut niveau, deux discussions plénières ont eu lieu en vue de partager des points de vue, des opinions et des réflexions sur les services d'AMHC en Europe. A la suite de cela, quatre ateliers de deux jours ont été organisés dans différents lieux en Europe avec quatre groupes d'acteurs concernés (décideurs politiques, experts, professionnels et utilisateurs finaux). Les ateliers se sont concentrés sur des thèmes importants, des objectifs et des recommandations à inclure dans les orientations finales.

2. La situation de la santé mentale des adolescents en Europe

Situation globale en matière de santé mentale des adolescents

Globalement, un adolescent sur quatre souffre d'au moins un trouble psychiatrique à un moment de sa vie. Les troubles les plus fréquents sont : les angoisses (31.9%), les troubles du comportement (19.1%), les troubles de l'humeur (14.3%) et les troubles liés à la consommation de substances (11.4%) (Kessler et al., 2007a; Kessler et al., 2007b; Paus, Keshavan, & Giedd, 2008). Une analyse récente de la littérature sur la santé mentale des jeunes incluant 19 études épidémiologiques dans 12 pays révèle une augmentation partielle de l'incidence des troubles psychiatriques chez les adolescents au cours de la décennie écoulée (Bor, Dean, Najman, & Hayatbakhsh, 2014).

Les troubles d'extériorisation semblent stables, tandis que les troubles d'intériorisation semblent en augmentation – particulièrement chez les jeunes filles. Cette disparité entre les genres pourrait être due à plusieurs facteurs. Les filles sont exposées de manière plus précoce à la sexualisation (c'est-à-dire qu'elles sont confrontées au regard des autres sur elles en tant qu'objets sexuels et jugées par rapport à leurs caractéristiques physiques et à leur côté sexy). Elles ressentent de plus en plus de pression par rapport à leur réussite à la fois à l'école et dans leur vie privée. En outre, elles sont soumises à des attentes qui évoluent aussi bien dans les médias que sur un plan culturel (Bor et al., 2014; Carli et al., 2014). Il convient de noter que la prise de conscience et la reconnaissance grandissantes des troubles psychiatriques parmi les adolescents au cours de ces dernières années peuvent aussi avoir contribué à cette augmentation (Bor et al., 2014).

Chez nombre d'adultes souffrant d'un trouble mental, ces problèmes ont commencé dès l'enfance ou l'adolescence, généralement

entre 12 et 24 ans (Paus et al., 2008). La moitié des patients réunissant les critères d'un diagnostic DSM-IV majeur à l'âge de 26 ans avaient déjà fait l'objet d'un premier diagnostic entre 11 et 15 ans et près de 75% d'entre eux s'étaient vus poser un tel diagnostic avant l'âge de 18 ans (De Girolamo, Dagani, Purcell, Cocchi, & McGorry, 2012). De tous les troubles psychiatriques, ceux qui trouvent leur origine dans l'enfance ou l'adolescence tendent à se révéler les plus sévères. C'est pourquoi, il est essentiel de diagnostiquer les troubles mentaux à un stade précoce afin que le traitement puisse débiter avant que les problèmes ne s'aggravent (De Girolamo et al., 2012). D'après une étude d'une cohorte par Patton et ses collègues (2014), un traitement efficace pendant l'adolescence n'affecte pas seulement la durée des épisodes de troubles mentaux au début du traitement mais réduit aussi la morbidité plus tard dans la vie.

La recherche montre que les adolescents et les jeunes adultes souffrant d'un trouble psychiatrique n'ont pas accès à des soins appropriés ou ne suivent aucun traitement du tout (Copeland et al., 2015; Farmer, Burns, Phillips, Angold, & Costello, 2003; Horwitz, Gary, Briggs-Gowan, & Carter, 2003; Leslie, Rosenheck, & Horwitz, 2001). Selon une étude, 18 à 34% seulement des jeunes souffrant de dépression grave ou de symptômes d'anxiété recherchent une aide professionnelle (Gulliver et al., 2010). Dans une étude plus récente, la moitié seulement des adolescents présentant les critères d'un diagnostic DSM-IV ont été traités au cours des trois derniers mois. Pour les jeunes adultes, la situation est encore pire : un sur trois seulement ont fait l'objet d'un traitement (Copeland et al., 2015). Divers obstacles expliquent cette faible accessibilité aux services d'AMHC: la stigmatisation (anticipée/perçue), l'absence de soutien parental, les défaillances structurelles et culturelles des systèmes de soins existants. Apparemment, la société ne semble pas se rendre compte de l'importance de la santé mentale des adolescents et elle n'investit donc pas suffisamment dans les services d'AMHC (McGorry, Goldstone, Parker, Rickwood, & Hickie, 2014). En outre, beaucoup d'adolescents sont peu enclins à rechercher de l'aide et rechignent à recourir aux services de santé (Breland et al., 2014).

3. Organisation et typologie des services d'AMHC

Même si l'organisation des soins de santé pour les enfants et les adolescents est hétérogène dans les différents Etats membres de l'Union européenne, on peut généralement distinguer les quatre types de services suivants: (1) services de soins résidentiels (hospitaliers et extrahospitaliers), (2) soins de jour, (3) soins à domicile et services externes, et (4) services de soins ambulatoires (Remschmidt & Belfer, 2005). En Europe, la prévalence des pratiques psychiatriques pour enfants et adolescents dépend fortement de la situation au niveau national et local. On constate aussi une tendance à mettre sur pied des services spécialisés avec du personnel hautement qualifié mais qui traitent un nombre limité de troubles de nature plus complexe. Actuellement, un nombre de plus en plus grand de services et de traitements sont en phase d'évaluation, mais il faut encore progresser. Même si la collaboration entre les services s'améliore, la coordination et l'intégration des soins restent insuffisantes (Remschmidt & Belfer, 2005).

4. Disponibilité et qualité des services d'AMHC

Dans le cadre du projet ADOCARE, des experts ont évalué sur une échelle Likert de 5 points la disponibilité et la qualité des quatre types de services d'AMHC suivants dans 10 pays européens: (1) soins résidentiels, (2) soins de jour, (3) soins à domicile et services externes, et (4) soins ambulatoires.

Disponibilité des soins d'AMHC

Hormis la Hongrie et la Lituanie, tous les Etats membres participants disposent de services de soins de santé spécifiquement destinés aux adolescents. La disponibilité de ces services est toutefois qualifiée de faible. Dans de nombreux pays, les services sont axés soit sur les enfants, soit sur les adultes. Peu de services visent spécifiquement les adolescents. Globalement, la disponibilité de chacun des quatre types de services d'AMHC recueille des scores allant de très faible ou faible, à médiocre ou peu claire. La Finlande est la seule exception, les quatre types de services y obtenant un bon score. Ces résultats confirment des constats antérieurs indiquant que le chemin reste encore long pour les Etats membres de l'Union (Remschmidt & Belfer, 2005). En outre, au sein d'un même pays, la disponibilité des services d'AMHC varie fortement entre les régions : dans certaines régions, la demande et la disponibilité de soins sont tout à fait équilibrés, alors que dans d'autres régions, la demande excède l'offre.

Qualité des services d'AMHC

Les constats de l'enquête montrent que la qualité des services d'AMHC est qualifiée de bonne à très bonne en Belgique, en Finlande, en France, en Allemagne et en Hongrie. En Italie et en Suède, les experts ont trouvé qu'il était difficile de déterminer la qualité des services. En Lituanie, en Espagne et au Royaume Uni, la qualité est médiocre à faible. Les experts lituaniens déclarent que dans leur pays le paradigme biomédical reste prédominant, ce qui compromet la qualité des services d'AMHC. Cette situation perdure car le système d'assurance soins de santé lituanien rechigne à couvrir des interventions psychosociales. Enfin, la qualité des services peut fortement varier à l'intérieur d'un même pays.

5. Stratégies en vue d'améliorer la disponibilité des services d'AMHC

Soins équilibrés

Il faudrait mettre en place un modèle équilibré de soins dans le cadre d'un système de santé mentale global. Il s'agirait d'un réseau reliant les différents types de services de soins de santé afin que tout un chacun puisse accéder au type de soins correspondant à ses préférences et à ses besoins (Thornicroft & Tansella, 2013; Thornicroft & Tansella, 2004). Les types de services suivants sont plus particulièrement considérés comme nécessaires:

- Services de soins psychiatriques primaires pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques courants. Ces services procèdent au dépistage et à l'évaluation, peuvent intervenir brièvement au niveau psychologique ou social ou encore mettre en œuvre un traitement social ou pharmacologique.

- Services de soins psychiatriques généralistes pour les personnes souffrant de troubles plus complexes et consistant en cinq composantes: cliniques de jour/ambulatoires, équipes de soins psychiatriques de communauté, soins aux patients hospitalisés en phase aiguë, soins infirmiers et aide communautaires à long terme au travail ou dans l'activité quotidienne.
- Une série de soins spécialisés dans chacune des cinq catégories des services de MHC généralistes en vue de réaliser des interventions plus intensives/expertes (par exemple dans des cas d'autisme, de schizophrénie, de troubles de l'appétit, d'addiction, de dépression profonde et de tendances suicidaires).

Un modèle de soins équilibré implique aussi qu'à la fois les soins communautaires et hospitaliers soient disponibles et dispensés de manière pragmatique et équilibrée (Thornicroft & Tansella, 2004; Thornicroft & Tansella, 2013). Cela signifie que dans des pays où il existe de nombreux services résidentiels, le nombre de lits devra diminuer en faveur de soins plus communautaires et pour promouvoir la santé mentale.

L'évolution vers des soins plus équilibrés va de pair avec un rôle plus important pour les soins primaires dans le domaine de la santé mentale. Par exemple, les généralistes ou d'autres services de soins primaires sont encouragés à identifier, évaluer et gérer les troubles psychiatriques chez les adolescents (Vallance, Kramer, Churchill, & Garralda, 2011). Ainsi, les principes de soins progressifs peuvent s'appliquer plus fréquemment. Selon ces principes, une intervention psychologique, un suivi et une évaluation appropriés de la part du généraliste sont à leur place dans le cadre des soins primaires et les gens ne devraient recourir à un niveau de soins que si la nécessité s'en fait sentir (Silva & de Almeida, 2014).

Traitement en soins primaires

Durant la recherche ADOCARE, à la fois des professionnels et des adolescents ont indiqué que les jeunes gens sont parfois renvoyés trop rapidement vers des services spécialisés. Les professionnels et les parents devraient se rendre compte que tous les troubles mentaux ne requièrent pas nécessairement des soins spécialisés et que des soins primaires ou communautaires proposent des traitements suffisants. Toutefois, pour que cette approche réussisse, deux conditions doivent être réunies: (1) les intervenants de première ligne doivent être bien formés et (2) des services spécialisés doivent être disponibles pour que les patients puissent s'y adresser. Les outils d'évaluation pour les intervenants en soins primaires peuvent les aider à décider si oui ou non des soins spécialisés sont nécessaires. Les gouvernements peuvent stimuler les soins psychiatriques primaires et décourager le recours inutile à des soins spécialisés.

Données épidémiologiques et administratives

Les données épidémiologiques nous renseignent sur la prévalence des troubles psychiatriques chez les adolescents, sur leurs besoins en matière de santé mentale et sur leur recours aux services de soins psychiatriques. Ces données constituent une source d'information indispensable pour les gouvernements en vue d'évaluer la nécessité de tels services dans les différentes (sous-) régions relevant de leurs compétences et donnent également une idée d'éventuels manques en termes de traitement (Wittchen & Jacobi, 2005). En outre, elles stimulent la sensibilisation et aident les décideurs politiques à fixer leurs priorités et à définir des programmes, des interventions et des services en vue de répondre aux manques et aux besoins (Wittchen & Jacobi, 2005).

Pourtant, les gouvernements tiennent rarement compte des données épidémiologiques, pour trois raisons. D'abord, bien souvent, les données épidémiologiques ne conviennent pas à la définition efficace de politiques ou de services (Bielsa, Braddick, Jané-Llopis, Jenkins, & Puras, 2010; Patton et al., 2012; Wittchen & Jacobi, 2005). Nombre de données sont basées sur des registres administratifs et ces données sont souvent incomplètes (les données n'incluent pas tous les types de services de soins de santé mentale ni toutes les régions d'un pays), peu fiables (les données ne sont pas correctement encodées dans les systèmes) et difficile à relier les unes aux autres (différents services utilisent des systèmes de données différents). Ensuite, beaucoup de pays n'ont pas les ressources financières ou humaines leur permettant d'analyser ces données. Troisièmement, les constats résultant de la recherche épidémiologique ne sont généralement pas « reçus » par les gouvernements parce qu'ils ne sont pas communiqués clairement aux décideurs politiques et au public en général (ADOCARE, 2015).

On ne peut qu'encourager la collecte de données administratives des utilisateurs des services par le biais de systèmes d'enregistrement de données très perfectionnés (de préférence internationaux) et l'analyse de ces séries de données. InterRAI Community Mental Health et InterRAI Mental Health sont deux exemples d'instruments d'évaluation internationaux standardisés bien connus pour les cliniciens opérant dans un environnement de soins de santé mentale communautaires ou dans un cadre psychiatrique en milieu hospitalier respectivement.

Lacunes en matière de traitement

La disponibilité limitée des services de soins psychiatriques pour adolescents constitue un problème dans la plupart des pays. Une première étape dans l'amélioration de cette disponibilité consiste à quantifier les lacunes en matière de traitement, définies comme « la différence absolue entre la prévalence réelle des troubles psychiatriques et la proportion d'adolescents souffrant de troubles psychiatriques traités » (Kohn, Saxena, Levay, & Saraceno, 2004). Les données épidémiologiques sont essentielles à cette fin.

Une fois déterminé le nombre d'établissements et de professionnels en matière d'AMHC par 100.000 adolescents, les gouvernements peuvent prévoir le budget et faire le nécessaire pour combler le manque. En procédant de la sorte, les gouvernements doivent aussi garder à l'esprit que les quatre types de soins psychiatriques présentés dans le modèle de soins équilibré devraient au minimum être disponibles.

6. Stratégies en vue d'améliorer la qualité de l'AMHC

La qualité des soins peut être considérée comme une notion complexe et multidimensionnelle définie suivant plusieurs dimensions interconnectées: accès au service, pertinence par rapport aux besoins, effectivité, équité, acceptabilité sociale, efficacité et aspects économiques (Maxwell, 1992). Diverses stratégies en vue d'améliorer la qualité de l'AMHC peuvent être déduites de la recherche menée par le réseau d'experts ADOCARE.

Une approche développementale

L'adolescence est une phase de la vie qui se caractérise par une transition. Cela nécessite une approche développementale qui reconnaisse que chaque adolescent éprouve des besoins différents et qui évoluent selon son âge, son niveau de maturité et le contexte (Remschmidt, 2001; Remschmidt & Belfer, 2005). Par conséquent, les professionnels doivent connaître le stade de développement (social, mental, physique) des adolescents et sont censés être familiarisés avec l'environnement socio-culturel dans lequel vivent les jeunes aujourd'hui (c'est-à-dire leurs intérêts et leurs problèmes, ce qu'ils font de leur temps libre) afin de pouvoir leur proposer un plan de traitement personnalisé. En outre, les professionnels devraient être conscients du fait que tout diagnostic clinique et tous les besoins identifiés sont susceptibles d'évoluer en permanence étant donné que les adolescents peuvent changer rapidement en peu de temps (OMS, 2005). Le plan de traitement doit être considéré comme un chantier qui évolue.

Détection précoce de troubles psychiatriques

Chez les adolescents, les troubles psychiatriques restent souvent non-détectés jusqu'à ce qu'ils prennent de l'ampleur. Les adolescents sont parfois réticents à partager leurs préoccupations et leurs problèmes avec des adultes. L'adolescence est une période durant laquelle les jeunes découvrent l'autonomie, préfèrent faire les choses à leur façon et garder certaines choses pour eux. Les adolescents rapportent aussi plus facilement des troubles somatiques que des troubles psychologiques aux professionnels. C'est la raison pour laquelle ceux-ci sous-estiment parfois la gravité des troubles psychologiques et/ou les attribuent à des troubles somatiques.

Bref, les professionnels doivent être bien formés et s'informer à propos des domaines suivants: cadre de vie, enseignement et emploi, alimentation, activités (liées au congénères), drogues, sexualité, suicide/dépression et protection par rapport à des blessures ou une violence éventuelles (Cappelli et al., 2012; Klein, Goldenring, & Adelman, 2014). On peut mémoriser facilement ces domaines en utilisant l'acronyme « HEEADSSS ». Sur Internet, un outil basé sur la toile est disponible que les professionnels peuvent utiliser lorsqu'ils évaluent les domaines HEEADSSS. En outre, les professionnels doivent se former afin d'être vraiment en connexion avec les adolescents, pour découvrir d'éventuels troubles psychiatriques et reconnaître les signes de souffrance modérée, qui pourraient présager d'une pathologie plus grave (ADOCARE, 2015).

Approche bio-psycho-sociale

Les adolescents souffrant de troubles psychiatriques ont besoin d'une combinaison appropriée de traitements psychosociaux et médicaux afin de répondre à leurs besoins souvent complexes et multiples (mentaux, sociaux, physiques et fonctionnels) (Remschmidt, 2001; Remschmidt & Belfer, 2005). Les interventions psychosociales sont généralement considérées comme la première phase d'un traitement professionnel (Bohlin & Mijumbi, 2015).

Les interventions psychosociales se réfèrent à des interventions de natures diverses, incluant une aide dans la situation sociale dans laquelle se trouve la personne (comme une aide financière ou en matière d'enseignement, d'emploi et de logement), la psychoéducation, le coaching et le conseil, ainsi que l'information ou la formation. Chaque intervention vise à améliorer le comportement, le développement global ou les aptitudes spécifiques dans la vie et cela sans recours à la médication (Reichow, Servili, Yasamy, Barbui, & Saxena, 2013; Uitterhoeve et al., 2004). La psychoéducation est une intervention psychosociale cruciale. La psychoéducation s'est révélée particulièrement bénéfique chez les parents: elle améliore leurs connaissances des symptômes et des problèmes, stimule un recours plus fréquent à des services appropriés, leur inculque des aptitudes à résoudre les problèmes et induit des émotions positives et des interactions familiales (Lucksted, McFarlane, Downing, & Dixon, 2012). La psychothérapie constitue également une intervention importante quand on traite des troubles psychiatriques graves. Un aperçu critique des psychothérapies et de leurs données factuelles pour les enfants et les adolescents a été publié dans l'ouvrage "What Works for Whom" (Fonagy et al., 2014).

Les troubles psychiatriques graves requièrent parfois une médication. Mais tout au long du projet de recherche ADOCARE, il a fréquemment été dit que les médecins recourent relativement vite à la médication pour certains types de troubles psychiatriques. Pour certains troubles, le débat est en cours sur le recours à la médication: quel type de médication est le plus approprié, à quel moment du traitement est-il préférable de commencer une médication, quelle en est la posologie idéale, etc. (Bohlin & Mijumbi, 2015). Les professionnels doivent être conscients de l'importance de l'usage approprié de la médication et ils devraient analyser de nouvelles données chiffrées sur l'efficacité de la médication. En outre, il est recommandé de combiner la médication avec une psychothérapie et/ou d'autres interventions psychosociales et il faut aussi respecter les instructions basées sur les données médicales (notamment: British Association for Psychopharmacology, les directives NICE sur la santé mentale, "What works for whom" par Fonagy et al., 2014).

Interventions basées sur la toile

Un grand nombre d'interventions en e-health, interventions basées sur la toile et applications mobiles (par exemple m-health) ont récemment été mises à disposition. Nombreux sont les adolescents qui se connectent tous les jours à la toile, ce médium présente donc un potentiel énorme pour les informer à propos des soins psychiatriques, d'un meilleur accès aux soins et pour les engager plus activement durant leur traitement (suivi, planning, soutien supplémentaire, information, etc.), initier la postcure et même proposer un traitement basé sur la toile (Price et al., 2014). Plusieurs outils basés sur la toile sont actuellement en phase

de conception pour la dépression, l'anxiété et la prévention du suicide chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes. Toutefois, les avis divergent quant à leur efficacité. Il est évident qu'il faudra poursuivre les recherches (Boydell et al., 2014; Reyes-Portillo et al., 2014; Ye et al., 2014). Des adolescents ont fait remarquer dans le cadre de la recherche ADOCARE qu'un label de qualité pour les sites Internet et les applications serait utile. Ils trouvent qu'il ne leur appartient pas de déterminer eux-mêmes si un site ou une application est fiable ou non. Ils ont aussi souligné qu'une aide professionnelle est essentielle pour les aider à interpréter l'information disponible sur le net et pour garantir un traitement personnalisé.

Prise de décision conjointe (« shared decision making » ou SDM)

Comme l'indique la Convention sur les Droits de l'Enfant, les adolescents ont le droit de participer à toutes les décisions qui les affectent. Les adolescents l'ont confirmé dans cette enquête ADOCARE: « Les jeunes devraient être activement impliqués quand des décisions sont prises quant à leur traitement - rien ne devrait être décidé à leur propos sans eux. » Les professionnels du réseau ADOCARE par contre, argumentent que c'est la maturité d'un adolescent qui détermine dans quelle mesure il participe aux décisions concernant son traitement.

Une formation en SDM est recommandée par le réseau ADOCARE. Les professionnels devraient apprendre comment optimiser la participation des adolescents dans la formulation des objectifs du traitement et dans le choix d'interventions appropriées. SDM dans les pratiques cliniques suppose un modèle en trois étapes. La première, appelée l'entretien sur le choix, introduit la notion selon laquelle il convient de faire un choix. La deuxième, qui est l'entretien sur l'option, précise l'information sur les options possibles. La troisième, l'entretien de prise de décision, aide les patients à prendre une décision (Elwyn et al., 2012). Ceci ne peut évidemment réussir que si le clinicien accepte de laisser les jeunes participer à la prise de décision, s'il applique les aptitudes à la SDM de manière souple et s'il fait confiance aux jeunes (Abrines-Jaume et al. (2014). Inutile de dire qu'il n'est pas toujours possible de trouver un terrain d'entente. Un bon exemple est celui où une hospitalisation est inévitable pour des raisons de sécurité et si l'adolescent est d'un avis différent.

Pratiques fondées (« Evidence-based practices » ou EBP)

Les EBP peuvent être définies comme des « pratiques systématiquement fondées sur des données scientifiques, organisées autour des intentions du patient, sensibles à la culture et qui contrôlent en permanence l'effectivité des interventions par des mesures fiables des réactions de l'adolescent et des soignants, contextualisées par les événements et les conditions qui impactent le traitement » (Fonagy et al., 2014, p. 4). Comme l'a indiqué l'OMS (2013), l'utilisation des EBP par les professionnels donnera lieu à des services psychiatriques de qualité puisque les EBP donnent de meilleurs résultats que des pratiques qui ne seraient pas EBP (Weisz et al., 2013). Les professionnels peuvent faire usage des instructions qui donnent un aperçu des interventions fondées sur des données probantes dans le cadre du traitement de différents types de troubles psychiatriques (Hopkins, Crosland, Elliott, & Bewley, 2015). Au Royaume Uni, les directives NICE (National Institute for Health and Care Excellence) constituent une source d'information pour les cliniciens lorsqu'ils traitent des états spécifiques pour des adolescents. Pour les pays à bas et moyens revenus, l'OMS (2010) a publié le Mental Health Gap Action Intervention Guide (mhGAP-IG). Ce guide présente un aperçu d'interventions fondées en vue de gérer une série d'états considérés comme prioritaires (notamment la dépression, la psychose, les troubles bipolaires, l'épilepsie, les troubles du développement et comportementaux chez les enfants et les adolescents).

Malgré le fait que beaucoup d'EBP soient disponibles, les professionnels du réseau ADOCARE rapporte qu'elles sont sous-utilisées. Ceci est dû à la difficulté à mettre les EBP en pratique. Les professionnels hésitent souvent entre proposer un traitement souple et personnalisé d'une part et planifier des interventions standardisées conformes au protocole d'autre part. Il serait donc utile de fournir davantage d'assistance par rapport à la manière de mettre en œuvre les EBP d'une manière standardisée mais néanmoins personnalisée. Indépendamment des EBP, les professionnels soulignent aussi que des interventions prometteuses et innovantes devraient aussi être prises en considération même si elles n'ont pas encore été validées.

Participation des parents

Les professionnels d'ADOCARE conviennent que les parents sont des partenaires essentiels dans le réseau d'un jeune. La norme devrait être que les professionnels informent et impliquent les parents dès que possible et aussi souvent que possible. Au début d'un traitement, c'est l'un des premiers points à aborder avec l'adolescent. L'idée générale consiste à rechercher un équilibre entre le respect de la vie des adolescents et la participation des parents et de la famille.

En fait, les membres de la famille – et en particulier les parents – qui vivent avec un adolescent souffrant de troubles psychiatriques, connaissent souvent eux-mêmes des problèmes (Vermeulen, Lauwers, Spruytte, & Van Audenhove, 2015, <http://caringformentalhealth.org>). Parfois, les professionnels découvrent des relations dysfonctionnelles au sein de la famille. C'est pourquoi, il est important de soutenir la famille de l'adolescent, même si celui-ci ne souhaite pas que sa famille soit impliquée. L'analyse de Kaslow, Broth, Oyeshiku et Collins (2014) donne un aperçu de programmes de prévention basés sur la famille, de psychothérapies et d'interventions psycho-éducatives efficaces. La recherche confirme effectivement que la participation de la famille à la thérapie peut s'avérer bénéfique pour les adolescents (Young & Fristad, 2015).

Continuité, intégration et coordination des soins

La continuité des soins est définie comme la qualité des soins dans le temps d'une perspective à la fois du patient et du prestataire (Gulliford, Naitani, & Morgan, 2006). Cela inclut à la fois une continuité longitudinale (c'est-à-dire des séries de contacts ininterrompus sur une longue période) et une continuité transversale (c'est-à-dire une cohérence des interventions entre les différents prestataires de services et à l'intérieur de ceux-ci) (Bruce & Paxton, 2002; Thornicroft & Tansella, 1999).

La continuité des soins est aussi étroitement liée à des soins intégrés, définis comme: « un ensemble cohérent de méthodes affectant le financement, le côté administratif, organisationnel, la fourniture du service et les niveaux cliniques dans le but de susciter une connectivité, un alignement et une collaboration entre différents secteurs et à l'intérieur de ceux-ci » (Kodner & Spreeuwenberg, 2002). Il est très important de procurer des soins intégrés à des adolescents souffrant de troubles de santé mentale. Les jeunes ont en général des besoins multiples (psychologiques, médicaux, sociaux, éducatifs ou en termes d'orientation professionnelle). Ils ont besoin d'un mix de services dispensés successivement ou simultanément par des prestataires multiples travaillant souvent dans différentes institutions dans divers secteurs d'activités. L'intégration de ces différents niveaux de services est un must pour pouvoir offrir des soins de qualité.

Traduire la continuité des soins et des soins intégrés en pratique requiert des stratégies à différents niveaux, allant du niveau macro au niveau micro (Gröne & Garcia-Barbero, 2001; Kodner & Spreeuwenberg, 2002; Mur-Veeman, Hardy, Steenberg, & Wistow, 2003; Thornicroft & Tansella, 2003; Valentijn, Schepman, Opheij, & Bruijnzeels, 2013). Au niveau macro, l'intégration est fortement déterminée par l'organisation générale des services de santé mentale et par le choix que font les départements et ministères d'un cadre commun ou séparé pour les différents secteurs concernés.

(OMS, 2005). Malheureusement, la législation et les systèmes de financement empêchent souvent une coordination des soins. La collaboration est souvent basée sur des accords ad hoc avec certains cliniciens. Par conséquent, il est important d'en faire part aux gouvernements afin qu'ils procurent un cadre approprié en vue d'une collaboration. Il leur appartient de mettre en avant les bénéfices et les avantages d'une collaboration et de répondre aux craintes des gens et à leur résistance au changement. Les activités de collaboration comme des réunions auxquelles participent les professionnels de diverses organisations actives dans le traitement peuvent faire l'objet d'un remboursement.

D'autres stratégies consistent à constituer des comités locaux en vue de superviser la qualité des soins et de guider la collaboration entre les services tout en centralisant l'information sur les différentes initiatives sur un site unique (OMS, 2005).

Au niveau meso, les services de soins et les professionnels de la santé mentale peuvent améliorer la coordination et la collaboration, par exemple en partageant ou en fusionnant des services, en organisant des programmes de formation en commun pour obtenir des compétences partagées et en établissant une base de données commune en vue de la collecte et du partage des informations sur les patients. Un travail en équipe multidisciplinaire peut aussi être facilité en initiant une planification conjointe des soins afin que l'équipe de professionnels partage un plan de soins commun et se sente responsable de sa mise en œuvre et en organisant une gestion intensive des dossiers (d'Amour et al., 2008; WHO, 2013). D'après les experts du réseau ADOCARE, il appartient aux prestataires de soins professionnels de coordonner et d'intégrer les soins. Ce n'est absolument pas la responsabilité de l'adolescent ou de ses parents.

La transition de l'AMHC vers les services de soins psychiatriques pour adultes

En Europe, beaucoup de pays font la distinction entre les services s'adressant aux enfants et adolescents d'une part et les soins de santé destinés aux adultes d'autre part. Cela signifie que les personnes souffrant de troubles psychiatriques à un jeune âge seront – à un moment donné de leur parcours de soins – transférées des services pour enfants/adolescents aux services pour adultes. Pendant cette période de transition, les jeunes se sentent souvent perdus car la qualité des soins en phase de transition est faible (Singh et al., 2010a; Singh et al., 2010b). Les principales barrières qui interfèrent avec la transition sont : la fragmentation du système, le manque de leadership, le manque de priorités de ce groupe-cible, la mauvaise communication, la stigmatisation, l'écart entre la politique et la pratique, le manque d'études, l'absence de protocoles de transition conjoints et le peu d'information sur les services (Paul, Street, Wheeler, & Singh, 2014; Royal College of Psychiatrists, 2013). La transition échoue aussi souvent parce que les cliniciens des services de soins psychiatriques pour adolescents n'arrivent pas à faire en sorte que les jeunes soient accueillis par les services pour adultes ou parce que ces derniers refusent de les prendre en charge ou les rejettent s'ils ne viennent pas à leur premier rendez-vous (Paul et al., 2013). Pourtant, toutes les entraves à la qualité ne sont pas liées à l'organisation des services. La transition peut aussi échouer parce que les jeunes refusent d'être envoyés vers des services pour adultes (Paul et al., 2013).

L'interruption des soins à la suite de cette transition a un impact négatif sur la santé et le bien-être des adolescents et constitue donc une priorité élevée. L'étude TRACK (Singh et al., 2010) a donné lieu aux recommandations suivantes en vue d'améliorer les soins au moment de la transition:

- Lorsque l'on rédige et met en œuvre des protocoles en vue d'améliorer la transition, les besoins de l'adolescent sont au cœur de toute décision prise. Il faut à cet effet respecter quelques règles fondamentales. Le cadre temporel et la responsabilité des uns et des autres doivent être bien définis. Les adolescents sont bien préparés. Il y a un plan de backup dans l'éventualité où les services de soins pour adultes ne seraient pas à même d'accepter la transition. Enfin, les services devraient être souples en ce qui concerne l'âge des clients.
- Un adolescent passe dans un service pour adultes à un moment où son état est stable. Les services évitent de devoir procéder à des transitions multiples ou simultanées. Les services de soins pour adolescents et pour adultes collaborent étroitement, soit ce sont les services qui collaborent l'un avec l'autre, soit ils organisent des périodes de soins parallèles. Les services pour adultes sont engagés activement avant que le service pour adolescents transmette le dossier. Les services ont besoin d'un système d'archivage standardisé afin de pouvoir transmettre aisément toute leur correspondance et informations de contact.
- Les services pour adolescents et adultes locaux et les services bénévoles sont cartographiés et régulièrement actualisés (leur portée, les réseaux de communication et les contacts clés).
- Les professionnels comprennent vraiment comment faire en sorte que cette transition se passe bien. La formation traite des questions qui concernent les envois vers d'autres services, améliore les connaissances de ces autres services et se concentre sur l'efficacité et les compétences de son propre service.

- Les projets politiques comportent des stratégies en vue d'améliorer la transition.
- Quatre critères sont utilisés pour évaluer la transition: la continuité des soins telle que perçue, les soins en parallèle, une réunion de planification de la transition et des informations sur le transfert.

En fait, le projet Milestone (c'est-à-dire Managing the Link and Strengthening Transition from Child to Adult Mental Health Care, un projet de recherche conjoint financé par la Commission européenne) est actuellement en train de formuler et de tester de nouveaux modèles de soins de transition pour les services européens. Plus spécifiquement, des mesures des résultats spécifiquement lors de la transition sont en train d'être obtenus et validés, tout comme des instructions en vue d'améliorer les soins et les résultats ainsi que les formations destinées aux cliniciens (De Girolamo, 2014).

Des passerelles vers le monde réel

Dans le cadre de la recherche ADOCARE, des adolescents ont fait valoir que chaque intervention devrait à un certain moment être connectée au monde réel: « Il est important de jeter des passerelles entre l'environnement de la thérapie et le monde réel ». Ainsi, si un adolescent est hospitalisé, les professionnels devraient tout de suite imaginer des stratégies pour l'aider à se réinsérer dans la société. Par exemple aider un adolescent à achever ses études, à trouver un logement ou un emploi convenable et à nouer des relations de confiance avec autrui, c'est-à-dire faire entrer le monde réel dans le cadre des soins résidentiels (par exemple par une activité à laquelle peuvent participer les voisins ou les amis).

Sensibilisation

Les jeunes s'adressent rarement aux services de santé de manière volontaire. C'est la raison pour laquelle il est important que des professionnels se rendent dans les endroits où se trouvent les jeunes comme des cafétarias, des sites sportifs ou des lieux où résident temporairement des adolescents sans abris (ADOCARE, 2015). Les méthodes de vulgarisation sont aussi une bonne façon de déterminer les intérêts et les besoins des adolescents. Quand on va à leur rencontre, il est essentiel de se concentrer d'abord sur les jeunes qui sont confrontés à des problèmes multiples. Ils sont souvent négligés par les professionnels car bien souvent ils ne répondent pas aux critères pour être repris dans des programmes visant des groupes spécifiques.

Considérations éthiques

Généralement, chaque service est censé respecter les trois principaux principes éthiques exposés dans le Rapport Belmont (Michaud, Berg-Kelly, Macfarlane, & Benaroyo, 2010): le principe d'autonomie (c'est-à-dire que les individus sont traités comme des agents autonomes et que les personnes à mobilité réduite ont droit à une protection); le principe de bienfaisance (c'est-à-dire ne pas faire de mal, minimiser le dommage et maximaliser les bénéfices possibles); et le principe de justice/équité (c'est-à-dire garantir un accès équivalent aux ressources pour tous). En outre, la déclaration de Barcelone propose que dans le cadre de soins cliniques, quelques autres valeurs importantes doivent être présentes telles que la participation, la dignité, l'intégrité, la confidentialité, et la vulnérabilité (Michaud et al., 2010). Ces principes doivent être clairement affirmés dans les chartes des services rédigées conjointement avec des adolescents. En outre, dans la mesure où les soins et les traitements sont concernés, les dilemmes en termes éthiques doivent aussi être abordés mais de manière délibérative car chaque situation est différente et unique. Durant ce processus, les professionnels doivent avoir accès au feedback d'un comité d'éthique objectif composé de professionnels et d'experts (Michaud et al., 2010).

Disparités entre les genres

La recherche montre que les garçons adolescents sont moins bien informés de la santé mentale et des services de soins psychiatriques et sont moins enclins à recourir à ces services (Chandra et al., 2006). On rapporte aussi qu'ils sont réticents à rechercher de l'aide parce qu'ils ont peur d'être considérés comme faibles. En outre, les parents acceptent plus difficilement un trouble mental de la part de leur fils, c'est par contre plus facile s'il s'agit de leur fille. On pourrait surmonter ces différences entre les genres par une meilleure formation à la santé mentale et en mettant à disposition des services de soins psychiatriques dans l'enseignement secondaire. Il est clair que nous devons activement impliquer les parents si nous voulons éviter la stigmatisation des garçons (Chandra et al., 2006). Il est important de remarquer que les différences liées au genre par rapport aux besoins en matière de traitement n'ont pas été mentionnées durant la recherche d'ADOCARE et que l'on n'en trouve pas non plus mention dans la littérature. On peut supposer qu'une approche personnalisée tenant compte des besoins de chaque patient individuel permettra également de rencontrer les problèmes liés au genre.

Formation et éducation

Pour que les professionnels répondent plus efficacement et avec plus de sensibilité aux besoins des adolescents, ils ont besoin d'une bonne formation et éducation (OMS, 2002). Cela signifie que les professionnels de la santé mentale travaillant avec des adolescents (c'est-à-dire les psychiatres et psychologues de l'adolescence) reçoivent une formation spécifique sur des sujets comme : la législation et les politiques en matière de santé mentale des adolescents ; le développement normal et problématique des adolescents et les problèmes psychopathologiques spécifiques ; les services d'AMHC; la communication et la prise de décision conjointe avec les adolescents et leur famille; les interventions psychosociales fondées ; les aspects liés à la coordination, la collaboration et les soins de transition; l'évaluation des problèmes de santé mentale chez les adolescents.

Les résultats de la recherche ADOCARE montrent que la profession de psychiatre pour adolescents est reconnue par la loi dans seulement 5 des 10 pays participants (Finlande, Allemagne, Hongrie, Italie et Lituanie). La profession de psychologue pour adolescents n'est reconnue nulle part formellement en tant que profession distincte. Il est important de noter que, dans toute l'Europe, les programmes d'enseignement et de formation des professionnels de la santé mentale diffèrent de manière significative

et respectent des normes différentes (Union Européenne des Médecins Spécialistes, 2014). Cela signifie qu'ils sont difficiles à comparer. Un modèle communautaire commun pour l'enseignement et la formation des professionnels et des équipes en AMHC pourrait être utile sans négliger pour autant les besoins éducatifs locaux. La European Federation of Psychiatric Trainees (EFPT) et l'Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) ont chacune formulé des recommandations pour des programmes de formation pour psychiatres en général et pour psychiatres pour enfants et adolescents en particulier.

Les professionnels qui reçoivent une formation plus générale et ne sont confrontés aux problèmes de santé mentale des adolescents que dans un certain cadre devraient aussi être formés à ces questions dans le cadre de leur formation de base. Ils pourraient aussi opter pour une formation plus approfondie au moment d'entamer une formation postuniversitaire. Nous songeons à cet égard à des généralistes, des infirmières hospitalières, des infirmières en milieu scolaire, des éducateurs, des travailleurs de la santé publique, des travailleurs sociaux et des enseignants.

Services de MHC et personnel adaptés aux jeunes

Bien souvent, la conception des services et l'attitude des professionnels ne conviennent pas vraiment aux besoins des jeunes en termes culturels ou de développement (Ambresin et al., 2013; Breland et al., 2014; McGorry, Bates, & Birchwood, 2013; Tylee et al., 2007). Pour améliorer l'accessibilité, l'équité et l'acceptabilité, les services et le personnel devraient s'adapter davantage aux jeunes. Plusieurs études ont examiné les conditions auxquelles devraient répondre les services de soins de santé et les professionnels pour être adaptés aux jeunes (Ambresin et al., 2013; Harper, Dickson, & Bramwell, 2014; McGorry et al., 2013; Tylee et al., 2007; OMS, 2002). Dans le cadre de la recherche ADOCARE, une enquête similaire a été menée en se concentrant plus spécifiquement sur les conditions auxquelles devraient répondre les services de MHC adaptés aux jeunes. On a demandé aux jeunes comment devrait se présenter un service adapté aux jeunes et quelles qualités devraient avoir un professionnel travaillant dans un tel service. Voici les résultats:

- Impliquer activement les jeunes dans la conception des services, dans la manière dont les soins sont dispensés (notamment le soutien par les pairs, les thérapies de groupes, les groupes d'entraide), l'évaluation et le monitoring d'un service (Bielsa et al., 2010). Dans certains services, les adolescents participent à la rédaction d'une charte du service sur la confidentialité, les heures d'ouverture, le programme du traitement, les droits des adolescents, les aspects éthiques, etc.
- Etre facile d'accès pour que les adolescents ressentent moins de barrières. Cela implique des services où l'on peut se présenter sans rendez-vous, des heures d'ouvertures larges, un accès sans la permission des parents, un faible coût ou même des services gratuits, des temps d'attente réduits, un site d'accès facile près des transports publics, la disponibilité d'outils d'e-health, un environnement agréable où l'on se sent bienvenu, une entrée discrète, une image positive.
- Investir dans des activités/une communication qui favorise la sensibilisation (dépliants, affiches, site Internet, etc.) et améliore la connaissance de la santé mentale. Souvent, les adolescents ne savent pas que faire ou à qui s'adresser lorsqu'ils ont besoin d'aide.
- Fournir une information claire sur les aspects juridiques (confidentialité) et économiques (coût abordable). Il faudrait notamment expliquer clairement ce que les adolescents peuvent attendre s'ils ont moins de 18 ans et qu'ils s'adressent à un service à l'insu de leurs parents.
- Faire un effort en vue de garantir une continuité dans les relations thérapeutiques avec des professionnels, par exemple en minimisant la rotation du personnel. Les adolescents traversent une période de turbulence dans leur vie. De ce fait, les professionnels devraient essayer de leur procurer une certaine stabilité.
- Choisir de bons rôles de modèles (par exemple des adolescents qui ont connu des problèmes similaires dans le passé) car ils ont un effet bénéfique sur le bien-être des adolescents.

Idéalement, les professionnels présentent les caractéristiques suivantes (ADOCARE, 2015; Ambresin et al., 2013; Tylee et al., 2007; WHO, 2002):

- Ils sont motivés, honnêtes, passionnés, enthousiastes, attentionnés, faciles à joindre et respectueux.
- Ils adoptent une approche développementale et ont conscience des nombreux changements que traversent les adolescents dans leur vie.
- Ils donnent des informations sur la santé axées sur les adolescents (terre à terre) pour que les adolescents puissent faire des choix informés en toute liberté.
- Ils croient vraiment que les adolescents ont un avenir prometteur et transmettent cette conviction à leurs clients.
- Ils sont sensibles aux niveaux hiérarchiques, pour éviter une attitude telle que « nous contre eux » et ils ne traitent pas les adolescents comme des individus désarmés.

Indicateurs de qualité

Pour dispenser de bons soins psychiatriques, il est important que les services investissent en permanence dans l'amélioration de la qualité. C'est possible grâce à un processus itératif continu de renouvellement des politiques, de formulation de normes, d'introduction d'une accréditation et d'un monitoring des services (WHO, 2005, p. 35). Le fait de mesurer la qualité de certains éléments des soins dispensés (par des indicateurs de qualité) est une condition préalable essentielle de l'amélioration de la qualité. Dans la littérature, on définit un indicateur de qualité comme « un élément mesurable de la prestation d'une pratique dont on a montré par des chiffres ou dont le consensus considère qu'il peut être utilisé pour évaluer la qualité des soins et donc pour adapter la qualité des soins dispensés » (Legido-Quigley, McKee, Nolte, & Glinos, 2008).

Les indicateurs de qualité peuvent être subdivisés en indicateurs de niveau macro, meso et micro (Gaebel et al., 2012). Les indicateurs de niveau macro font référence à la qualité structurelle à un niveau national (c'est-à-dire l'enseignement, le monitoring et l'organisation générale des soins psychiatriques dans un pays). Les indicateurs de niveau meso se réfèrent à des aspects liés à la structure interne des systèmes de soins de santé mentale (notamment les exigences structurelles permettant de rencontrer les besoins des patients, l'aspect pluridisciplinaire des services, la disponibilité des technologies, la main d'œuvre). Les indicateurs de niveau micro s'occupent des structures et des processus dans des services individuels. A chaque niveau, les indicateurs peuvent encore être subdivisés en indicateurs structurels, de processus et de résultat. Les indicateurs structurels portent sur les éléments des services comme les installations, l'équipement, les ressources humaines et les structures organisationnelles. Les indicateurs de processus comprennent des activités liées à la dispense des soins, en ce compris les activités des prestataires de soins et les indicateurs de résultat enregistrent les effets des soins.

Les normes « User-generated Quality Standards » pour les soins psychiatriques destinés aux jeunes en soins primaires, mis au point par Graham et al. (2014) et les « Service Standards » (septième édition) conçus par le « Quality Network of Inpatient Care » au R-U (Thompson & Clarke, 2015) ont tous deux formulé des normes de qualité spécifiquement pour les services d'AMHC. Dans le tableau 1, nous reprenons la liste des indicateurs de qualité proposés par les experts, les professionnels et les décideurs politiques qui ont participé aux activités de recherche d'ADOCARE. Les indicateurs portent sur des unités d'AMHC individuelles (niveau micro) et sont organisés en indicateurs structurels, de processus et de résultat.

Table 1. Liste des indicateurs de qualité générés par les acteurs concernés ADOCARE.

Indicateurs de qualité structurels	<p>Le service est accessible: les adolescents ont accès à des soins psychiatriques, en temps utile, quel que soit leur revenu, leur emplacement physique et leur origine culturelle. Il n'y a pas de listes d'attente ; le service est abordable et d'accès aisé.</p> <p>Les ressources sont utilisées efficacement en termes de coûts.</p> <p>Les services sont durables en termes d'installations, de main d'œuvre et d'équipement.</p> <p>Les professionnels sont aptes et compétents et suivent des formations sur des sujets liés aux adolescents de manière régulière.</p> <p>Le service dispose d'un plan d'amélioration qui est mis en œuvre et les progrès réalisés font l'objet d'un suivi.</p> <p>Les exigences structurelles sont mises en œuvre pour préserver la dignité et les besoins fondamentaux des patients.</p>
Indicateurs de qualité liés au processus	<p>Les soins dispensés sont appropriés au sens où les interventions sont adaptées aux besoins des adolescents et sont basés sur les normes établies.</p> <p>Le recours à des interventions psychosociales, médicales et autres est équilibré.</p> <p>Il y a une continuité et une coordination des soins (c'est-à-dire qu'ils sont ininterrompus, coordonnés entre les programmes, praticiens, organisations et niveaux dans le temps).</p> <p>Il y a une collaboration avec d'autres services afin de procurer des soins intégrés.</p> <p>Les services sont capables d'être innovants.</p> <p>Les professionnels ont une attitude positive vis-à-vis des adolescents. Ils agissent de manière respectueuse, honnête, sont attentionnés, amicaux et dignes de confiance.</p> <p>Les services et les professionnels appliquent les principes de la prise de décision partagée dans leur pratique.</p> <p>Les services et les professionnels responsabilisent les adolescents en leur apprenant comment affronter leurs problèmes et en les encourageant à recourir à une aide s'ils sont encore confrontés à des problèmes dans le futur.</p> <p>Les services appliquent les principes éthiques et respectent les droits humains des adolescents.</p>

Indicateurs de qualité liés au résultat	<p>Le traitement dispensé a un impact positif sur les symptômes des adolescents, sur leur vie de tous les jours (c'est-à-dire leurs journées à l'école, le fait de rentrer avant minuit, leur comportement agressif, etc.) et sur leur qualité de vie.</p> <p>Les effets positifs résultant du traitement sont préservés à terme (c'est-à-dire après un an).</p> <p>Les résultats souhaités sont obtenus dans un délai raisonnable.</p> <p>Le niveau de décrochage est réduit à un minimum.</p> <p>Les professionnels sont satisfaits de leur travail. La rotation du personnel est faible, le nombre de jours de maladie parmi les professionnels est faible et l'incidence du burn-out également.</p>
---	---

Il appartient aux décideurs politiques de définir des normes globales pour chacun des indicateurs et de mettre en place des instruments permettant d'évaluer la mesure dans laquelle ces normes sont rencontrées. Pour en permettre une comparaison, il est préférable d'appliquer des normes identiques à tous les services, régions et pays. L'évaluation des services peut être faite soit par le service lui-même ou par un institut indépendant (OMS, 2002). Après avoir été évalués, les résultats devraient être communiqués aux services de manière constructive avec des recommandations et une proposition d'assistance pour les améliorer (OMS, 2002).

7. Prévention des troubles psychiatriques et promotion du bien-être mental

Il existe de grandes différences entre les pays en ce qui concerne les moyens financiers disponibles pour la prévention et la promotion de la santé mentale (Jané-Llopis & Anderson, 2005). Une étude menée par Samele, Frew et Urquia (2013) a montré que seize pays dépensaient moins de €30 par tête d'habitant pour la prévention des maladies et la santé publique, alors que six pays dépensent €100 ou plus par tête d'habitant. Les programmes actuels pour les adolescents diffèrent fortement en termes d'objectifs, de groupes-cibles et d'approches. Plus de la moitié des programmes étudiés (63%) se concentrent sur la prévention de troubles psychiatriques, alors que seulement 17% se concentrent sur la promotion du bien-être mental. Dans la plupart des cas, les programmes s'attaquent au harcèlement ou à la stigmatisation (Samele et al., 2013).

Chaque Etat membre européen devrait disposer d'un plan d'action national en vue de prévenir les problèmes psychiatriques et de promouvoir le bien-être mental des adolescents (NHS Angleterre, 2015). De tels programmes visent à renforcer les facteurs de protection pour prévenir le développement de problèmes psychiatriques. On peut par exemple : développer la résilience, stimuler le recours à une aide professionnelle, aider les parents dans l'éducation de leur enfant, créer de bons environnements scolaires, des groupes de pairs positifs, stimuler la spiritualité, favoriser la responsabilisation, améliorer les connaissances en matière de santé mentale. Mais au-delà de cela, les programmes peuvent aussi s'attaquer aux comportements à risques qui contribuent à l'apparition de troubles psychiatriques, comme le harcèlement, la violence domestique, la consommation nocive de substances, etc. (Jané-Llopis & Anderson, 2005). Les actions visent plus particulièrement les enfants et les familles à risques. Pour élaborer un tel plan d'action de prévention et de promotion de la santé mentale, il est utile de s'inspirer de stratégies et de programmes qui se sont révélés efficaces dans d'autres pays. A cet égard, il convient de souligner qu'une Action conjointe sur la santé mentale et le bien-être vient d'être lancée. Elle consiste en 51 partenaires de 28 Etats membres de l'Union et 11 organisations européennes. Ce réseau d'experts collabore en vue de développer un cadre d'action en matière de politique de santé mentale au niveau européen. Son agenda consiste à promouvoir la santé mentale et le bien-être, à prévenir les troubles mentaux, l'amélioration des soins et l'inclusion sociale des personnes souffrant de troubles mentaux. La promotion de la santé mentale dans les écoles constitue l'un des cinq domaines clés. (www.mentalhealthandwellbeing.eu).

Stratégies dans un environnement scolaire

Les adolescents passent beaucoup de temps à l'école. C'est pourquoi les écoles sont bien placées pour promouvoir le bien-être, prévenir les problèmes de santé mentale, reconnaître les problèmes à un stade précoce et réunir un cadre de référence approprié (Farmer et al., 2003; Paternite & Johnston, 2005; Rones & Hoagwood, 2000; Weist & Paternite, 2006). Dans le cadre de la recherche ADOCARE, des experts ont proposé différentes stratégies en vue d'améliorer le bien-être mental des jeunes dans un contexte scolaire.

- Proposer une formation de base en santé mentale aux enseignants. Les enseignants sont présents en permanence dans la vie des adolescents. Ils sont bien placés pour détecter des problèmes à un stade précoce et peuvent apporter une aide précieuse. Il est donc important que les enseignants reçoivent une formation de base par rapport à la santé mentale, aux problèmes de santé mentale et aux moyens de prévenir et de détecter de tels problèmes.
- Engager des professionnels de la santé mentale à l'école. On a souligné dans la recherche ADOCARE qu'il ne fallait pas non plus

surcharger inutilement les enseignants en leur demandant de procurer de l'aide et de prodiguer des soins aux adolescents vu leur charge de travail élevée. Par ailleurs, certains problèmes de santé mentale requièrent l'intervention de professionnels expérimentés. Dans de tels cas, les enseignants devraient pouvoir s'en remettre à des professionnels en matière de santé mentale travaillant dans un environnement scolaire (par exemple une infirmière de l'école, un conseiller pédagogique, un psychologue). Ces professionnels pourraient conseiller les enseignants sur la manière de gérer des étudiants souffrant de troubles mentaux, ils peuvent apporter un soutien direct aux adolescents ou renvoyer l'étudiant vers un expert.

- Collaborer avec des professionnels de la santé mentale externes. Dans certains cas, l'aide apportée par les enseignants et les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire ne suffit pas et il faut donc engager un professionnel externe. Les professionnels de la santé mentale travaillant en milieu scolaire devraient avoir la possibilité de collaborer avec des professionnels de la santé mentale travaillant à l'extérieur du cadre scolaire. Des cliniciens de la santé mentale de communauté peuvent être stationnés dans des écoles. Une étude récente montre que cette formule a une influence positive sur les taux d'exclusion, la présence aux cours et les symptômes émotionnels et comportementaux des adolescents tels que perçus par les parents et les enseignants (Ballard, Sander, & Klimes-Dougan, 2014).
- Organiser des cours sur la santé mentale. Les adolescents n'ont pas seulement besoin de savoir comment fonctionne leur corps mais doivent aussi comprendre comment fonctionne leur psychisme (ADOCARE, 2015). Les cours intégrés dans le programme devraient se focaliser sur des problèmes liés à la santé mentale, comme le développement de la résilience, le respect d'autrui, l'enseignement de compétences sociales, la gestion de situations difficiles, la stimulation du recours à une aide comme étant une force de la personne, l'encouragement de la participation de la famille, l'expression de ses émotions et le développement des capacités personnelles (Vidal-Ribas, Goodman, & Stringaris, 2015). Ces cours peuvent être donnés soit par des enseignants dans le domaine des soins ou par des éducateurs de la santé, mais une option consisterait aussi à inviter un professionnel de la santé mentale en tant que conférencier. Rencontrer un professionnel dans une salle de classe peut réduire le seuil à franchir pour les adolescents par la suite s'ils en ont besoin. Il est fortement recommandé que les cours sur la santé mentale adoptent une approche innovante basée sur l'interaction. Ainsi, l'accent sera principalement mis sur l'acquisition simultanée de connaissances, d'attitudes et d'aptitudes. Durant la recherche ADOCARE, des adolescents ont souligné que des cours sur la santé mentale pourraient évoquer le harcèlement et les enseignants doivent en être bien conscients.
- Organiser des contrôles de soins de santé. En général, les programmes de prévention et de dépistage sont considérés favorablement dans le contexte scolaire. De tels programmes requièrent une collecte et un contrôle des données, en utilisant les résultats dans une équipe pluridisciplinaire et en rédigeant des protocoles prévoyant des interventions basées sur des profils tels qu'ils ont été screenés et une collaboration avec des acteurs extérieurs si des soins spécialisés semblent nécessaires (Dowdy et al., 2014). Dans le contexte du projet « Saving and Empowering Young Lives in Europe » (SEYLE), une procédure de screening professionnel d'une population scolaire a été mise au point (Wasserman et al., 2015) et a prouvé efficace pour identifier des étudiants ayant besoin de soins de santé mentale (Kaess et al., 2014a). Toutefois, dans le cadre de la recherche ADOCARE, il est clairement apparu que le screening n'a un sens que si un pays dispose d'une offre suffisante en soins de santé mentale. Si tel n'est pas le cas, les programmes de screening peuvent avoir un effet préjudiciable car ils suscitent une demande d'aide qui ne peut être satisfaite.
- Prêter attention aux comportements à risques parmi les étudiants. Les écoles devraient être attentives aux comportements à risques étroitement liés à des troubles mentaux, comme l'abus de substances, la recherche de sensations fortes, un comportement délinquant, la dépendance vis-à-vis des médias, l'automutilation et le décrochage scolaire (Kaess et al., 2014a). En cas de décrochage scolaire, la pratique normale devrait être que le conseiller pédagogique ou l'éducateur tente d'entrer en contact avec l'adolescent. Un autre phénomène important lié à l'école qu'il convient de résoudre est le harcèlement. Une étude menée parmi un groupe de patients adolescents souffrant de graves problèmes mentaux montre que près de 43% des patients adolescents avaient été harcelés au moins une fois (Kalmakis & Chandler, 2015; Ryttilä-Manninen et al., 2014).

8. Politiques et cadres juridiques liés à l'AMHC

En 2009, il n'y avait pratiquement aucun pays européen qui disposait d'une politique de santé mentale ciblant spécifiquement les adolescents (Vieth, 2009). Depuis lors, nous avons constaté certains progrès. Les résultats ADOCARE indiquent que 6 Etats membres participants sur 10 (Belgique, Finlande, Italie, Espagne, Suède et le R-U) ont un plan de santé mentale spécifique pour les adolescents. En outre, dans trois de ces pays (Finlande, Italie, Suède), les politiques en matière de santé mentale sont régulièrement évaluées et monitorées. Même si la plupart des pays évoluent dans la bonne direction, il reste de la marge pour s'améliorer. Un souci est que la plupart des pays n'ont pas d'idée précise du budget affecté aux soins de santé mentale (ADOCARE, 2015). Le R-U est une exception, 11% du budget total des soins de santé sont consacrés à la santé mentale, dont moins d'1% est consacré aux enfants et aux soins de santé mentaux. Le financement des soins de santé mentaux pourrait être tout aussi faible dans les autres Etats membres.

Défis des politiques de santé mentale pour adolescents

- Développer une vision claire des soins de santé mentale. Dans la plupart des pays, l'AMHC n'est pas une priorité car les décideurs politiques ne sont pas conscients des besoins des adolescents en matière de santé mentale. Il est impératif de considérer les adolescents comme un groupe-cible spécifique avec ses besoins particuliers. La compréhension des besoins des adolescents et l'information des décideurs politiques sont une responsabilité partagée de la Commission européenne, des groupes de lobbying, des chercheurs, des professionnels et des adolescents ainsi que de leurs familles.

- Développer et mettre en œuvre des politiques et des plans d'AMH spécifiques. L'OMS a mis au point un dossier d'orientation pour les décideurs politiques. Il décrit les étapes successives par lesquelles il faut passer et aide les décideurs à formuler et à mettre en œuvre leurs politiques et programmes d'AMH (OMS, 2005). Il est fortement recommandé d'impliquer étroitement les adolescents et leurs parents durant la phase d'élaboration de cette politique, car ils connaissent le mieux leurs besoins ainsi que les pièges. L'évaluation doit bien entendu retenir également notre attention. Ces évaluations doivent être scientifiquement fondées et de préférence publiées afin que d'autres pays puissent bénéficier du travail réalisé. Pour l'évaluation des politiques et des programmes, il existe des checklists faciles à utiliser publiées par l'OMS (2009).
- Elaborer une législation claire relative aux droits des jeunes. La Déclaration universelle des droits de l'homme et la Convention des droits de l'Enfant constituent de bonnes sources d'inspiration en vue de la formulation et de la conception de nouvelles politiques, législations et cadres d'action. En outre, nous conseillons aux gouvernements de formuler des législations claires sur les sujets suivants: comment les adolescents peuvent-ils demander de l'aide sans la permission de leurs parents, le droit des jeunes de participer à la décision concernant leur propre traitement, les droits et obligations des parents, les procédures de restrictions (bien que celles-ci devraient être maintenues à un minimum), l'enregistrement et l'accès aux données des patients et le recours à l'e-health.
- Définir un ensemble de services de base disponible pour les adolescents dans l'ensemble des Etats membres de l'Union (OMS, 2002). Les pays sont stimulés en vue d'éloigner le centre de gravité des soins des institutions établies et de défendre de meilleurs systèmes basés sur la communauté en matière d'aide et de traitement (Knapp, McDaid, Mossialos, & Thornicroft, 2006). Dans toute l'Europe, il est urgent d'investir dans des services de MHC spécialement conçus pour les adolescents. Les catégories d'âge visées par ces services devraient être larges et souples et inclure de préférence les 9 à 25 ans.
- Affecter des ressources financières suffisantes à l'AMH. Les projets politiques doivent indiquer clairement quelle part du produit intérieur brut sera affectée à la santé mentale en général et quelle part sera consacrée à l'AMH en particulier. Selon les recommandations de l'OMS (2005), le budget pour les services pour les enfants et l'AMHC devrait égaler le budget dépensé pour la santé mentale des adultes. Durant la recherche ADOCARE, il a été dit qu'un financement accru de la prévention, de la promotion de la santé mentale et des traitements ciblant les adolescents permettrait en fait de faire des économies sur le long terme. Les troubles de la santé mentale pourraient ainsi être détectés très tôt. De ce fait, les clients ne développeront pas de troubles mentaux complexes à l'âge adulte qui nécessiteraient un traitement à long terme coûteux.
- Stimuler la collaboration entre les secteurs et les professions. Comme nous l'indiquons par ailleurs, il serait souhaitable que les gouvernements mettent en place un cadre générique facilitant la collaboration et l'intégration entre les secteurs, les services et les professions.





LIGNES DIRECTRICES ET RECOMMANDATIONS

Les présentes lignes directrices visent à aider les décideurs politiques (niveau macro), les services (niveau meso) et les professionnels (niveau micro) dans leurs efforts en vue d'améliorer l'AMHC dans leur pays. Nous leur proposons à cet effet des actions concertées. Lorsque l'on parle de l'adolescence dans ce texte, cela concerne les jeunes de 12 à 24 ans. Les recommandations et les actions proposées résultent d'un processus de recherche qui a duré deux ans. Les groupes suivants ont été consultés à différentes reprises de manière différenciée: décideurs politiques, professionnels et experts dans le domaine de l'AMHC, les adolescents et les jeunes ainsi que leurs familles et les organisations qui représentent cette catégorie d'âge et leurs familles. En outre, nous avons passé en revue la littérature la plus récente sur les soins de santé mentale et l'AMHC en particulier.

Les recommandations concernent dix domaines sur lesquels les pays européens doivent se concentrer pour améliorer les services d'AMHC:

- Disponibilité des services d'AMHC
- Qualité des services d'AMHC
- Accessibilité des services d'AMHC
- Traitement personnalisé
- Soins intégrés
- Transition des adolescents des services d'AMHC vers les services pour adultes
- Formation des professionnels
- Prévention et promotion de la santé mentale
- Cadres politiques et juridiques
- Recherche

1. DISPONIBILITÉ DES SERVICES D'AMHC

Recommandation: Each country is committed to pursue a balanced care model.

Actions proposées au niveau macro:

- Si l'on veut mettre en place des services de MHC équilibrés, les types de services suivants sont considérés comme nécessaires:
 - Services de soins de santé primaires pour les personnes souffrant de troubles de la santé mentale courants. Ces services sont chargés du dépistage et de l'évaluation, de courtes interventions psychologiques et sociales et des traitements sociaux et pharmacologiques.
 - Les services de MHC généraux pour les personnes souffrant de problèmes plus complexes. Les services de MHC généraux comportent 5 composantes: cliniques de jour/ambulatoires, équipes de soins psychiatriques de communauté, soins aux patients hospitalisés en phase aiguë, soins infirmiers et aide communautaires à long terme au travail ou dans l'activité quotidienne.
 - Une série de services de MHC spécialisés dans chacune des cinq catégories des services de MHC généraux pour fournir des interventions plus intensives ou expertes (dans des cas d'autisme, de schizophrénie, de troubles de l'appétit, d'addiction, de dépression profonde et de tendances suicidaires).
- Un modèle de soins équilibré implique aussi qu'à la fois les soins communautaires et hospitaliers soient disponibles et dispensés de manière pragmatique et équilibrée. Cela signifie que dans des pays où il existe de nombreux services résidentiels, le nombre de lits devra diminuer en faveur de soins plus communautaires et pour promouvoir la santé mentale.
- L'évolution vers des soins plus équilibrés va de pair avec un rôle plus important pour les soins primaires dans le domaine de la santé mentale. Les interventions et traitement dans le domaine de la santé mentale et les soins de santé primaires non spécialisés pour adolescents sont intégrés. Citons comme exemple les préoccupations par rapport à la santé sexuelle, les options de carrière, la santé en général, le soutien au deuil, les campagnes anti-tabac.
- Les services sont reliés entre eux dans un réseau régional, ils développent une mission et une stratégie conjointes et font en sorte que leurs services soient complémentaires. Il n'y a ni doublons, ni manques.
- Les gouvernements garantissent les principes des soins par étapes sont appliqués.

Actions proposées au niveau meso:

- Le principe directeur dans le choix du traitement et des interventions est celui des soins par étapes:
 - Les soins non spécialisés appropriés sont dispensés d'abord.
 - Les adolescents ne sont envoyés vers des soins plus spécialisés que si cela semble nécessaire.
 - Les professionnels (en particulier les travailleurs dans les soins primaires) mais également les parents reconnaissent que tous les troubles mentaux ne requièrent pas des soins spécialisés et que l'on peut déjà faire beaucoup dans le cadre des soins primaires ou soins de communauté.

Actions proposées au niveau micro:

- Les généralistes et les autres professionnels intervenant dans le cadre des soins primaires sont formés pour reconnaître les problèmes de santé mentale chez les adolescents.
- Ils sont capables d'utiliser des interventions à court terme et sont conscients des outils d'évaluation pour décider s'il faut plus de soins spécialisés.
- Ils appliquent les principes de l'interview de motivation et de la prise de décision conjointe pour déterminer le traitement et décider si un renvoi vers un autre niveau est nécessaire.

Recommandation: Availability of AMHC services is guaranteed for all adolescents that need care.

Actions proposées au niveau macro:

- Les pays doivent se faire une idée claire de la disponibilité de leurs services de soins de santé mentale pour les adolescents. C'est essentiel pour identifier l'écart par rapport au traitement. Celui-ci est défini comme la différence absolue entre la prévalence de troubles mentaux parmi les adolescents et le pourcentage de ceux-ci qui bénéficie d'un traitement approprié.
- Une fois connus les chiffres des équipements et des professionnels de MHC par 100,000 adolescents, les gouvernements doivent entreprendre des actions pour combler l'écart potentiel en termes de traitement.
- La disponibilité de chacun des trois types de services de soins de santé est garantie (services de santé primaire, services de MHC généralistes et services de MHC spécialisés). Des soins équilibrés sont disponibles de manière égale dans tout le pays.

2. QUALITÉ DES SERVICES D'AMHC

Recommandation: Each country has youth friendly services tailored to the needs of adolescents.

Actions proposées au niveau macro:

- Les gouvernements font en sorte que les trois types de soins de santé nécessaires pour obtenir des soins équilibrés fonctionnent de manière à ce que les adolescents se sentent bienvenus et compris. Les services sont adaptés aux jeunes.

Actions proposées au niveau meso:

- Les services appliquent leur tranche d'âge (12 à 24) d'une manière souple.
- Les services sont d'accès aisé afin que les adolescents rencontrent peu de barrières. Cela implique : un environnement accueillant et attractif, des services sans rendez-vous, des heures d'ouvertures pratiques, un accès sans la permission des parents, un faible coût ou des services gratuits, des temps d'attente réduits, une situation facile d'accès près des transports publics, une entrée discrète et une image positive.
- Les services fournissent une information claire sur les aspects juridiques (confidentialité) et économiques (coût abordable).
- Les jeunes et leurs parents participent activement à la conception des services, aux soins dispensés et aux procédures du service. Les adolescents peuvent par exemple participer à la rédaction d'une charte du service qui traite d'aspects tels que la confidentialité, les heures d'ouverture, le programme de traitement, les droits des adolescents, les aspects éthiques.
- Les services choisissent de bons rôles de modèles par rapport aux soins prodigués (par exemple des adolescents qui ont connu des problèmes similaires dans le passé) car ils ont un effet bénéfique sur le bien-être des adolescents. On peut citer comme exemple, l'assistance par les pairs, la thérapie de groupe, les groupes d'entraide.
- Les services garantissent la continuité des soins pour que les adolescents soient traités de préférence par la même équipe de professionnels.
- Les services vont vers les adolescents afin d'éviter le décrochage des adolescents qui ont besoin d'aide, d'offrir une aide et de proposer un traitement.

Actions proposées au niveau micro:

- Il est important que le personnel travaillant dans les services d'AMHC se montre convivial avec les jeunes. En plus de leurs compétences cliniques, les professionnels ont une attitude positive par rapport aux adolescents et à leur mode de vie. Ils respectent leur groupe-cible et sont très motivés et honnêtes. Ils sont d'un contact facile et ils développent une relation stimulante.

Recommandation: AMHC services adopt high quality standards.

Actions proposées au niveau macro:

- Les gouvernements définissent une série de normes de qualité que les services d'AMHC devraient atteindre. Des indicateurs pertinents sont notamment l'accessibilité du service, la capacité et les compétences des professionnels et l'utilisation équilibrée d'interventions psychologiques et médicales. Pour la sélection d'indicateurs, nous renvoyons aux User-generated Quality Standards for Youth Mental Health in Primary Care (Graham et al., 2014) et aux Service Standards (septième édition) (Thompson & Clarke, 2015).
- Les gouvernements mettent en place des instruments d'évaluation en vue d'évaluer la qualité des services d'AMHC services. Il est préférable d'utiliser les mêmes instruments pour les différents services, régions, pays, afin de permettre une comparaison.
- L'évaluation est faite par un organisme de recherche indépendant. Une assistance est proposée aux services qui ne satisfont pas aux critères afin d'améliorer la qualité de leurs soins.

Recommandation: When providing care, ethical considerations and values are taken into account.

Actions proposées au niveau macro:

- Un comité d'éthique est en place afin de fournir un retour d'information aux professionnels sur les problèmes éthiques.

Actions proposées au niveau meso:

- Les services respectent les principes éthiques d'autonomie, bienfaisance et équité tels qu'ils figurent dans le Rapport Belmont (Michaud et al., 2010).
- Les questions éthiques concernant la confidentialité du traitement, les droits des adolescents d'avoir accès à leur dossier en tant que patient et de participer à la formulation de leur traitement est clairement énoncé dans une charte du service. Cette charte est rédigée en collaboration avec les adolescents.

3. ACCESSIBILITÉ DES SERVICES D'AMHC

Recommandation: MHC services are highly accessible for adolescents.

Actions proposées au niveau macro:

- Les gouvernements et les médias entreprennent des actions pour neutraliser les attitudes de stigmatisation par rapport aux troubles mentaux et au recours aux soins de santé mentale. Un thème récurrent est celui des troubles de la santé mentale qui font partie de la vie et que la recherche d'une aide n'est pas un signe de faiblesse. Des actions devraient viser particulièrement les garçons car leur connaissance de la santé mentale est moins développée et qu'ils sont plus réticents à rechercher de l'aide.
- La connaissance qu'ont les jeunes de la santé mentale et des soins de santé mentale devrait s'améliorer. C'est possible en mettant à disposition des sites Internet attrayants, dans lesquels il est facile de naviguer et faciles à lire et en ciblant la connaissance de la santé mentale dans le programme des cours scolaires.

Actions proposées au niveau meso:

- Les services fournissent une information en ligne sur l'aide qu'ils apportent. Le style de communication plait aux jeunes et est très terre à terre. Les inquiétudes liées à la confidentialité sont abordées de manière transparente.
- Les services vont vers les adolescents pour garder ou établir le contact avec les adolescents les plus vulnérables. Ce groupe ne s'adresse presque jamais volontairement aux services d'assistance.

Recommandation: Mental health treatment is integrated as much as possible in non-specialised primary health care.

Actions proposées au niveau meso:

- Les praticiens généraliste sont stimulés et formés pour reconnaître les problèmes mentaux très tôt. A l'occasion de ce type d'intervention, ils évaluent différents domaines de la vie (environnement familial, éducation, emploi, habitudes alimentaires, activités, consommation de drogues, sexualité, addiction, suicide/dépression, signes de lésion et de violence) et ils veillent à ce que la gravité des problèmes psychologiques ne soit pas sous-estimée.
- Les clubs de jeunes peuvent fournir des informations sur la santé mentale et proposer une aide de base aux adolescents souffrant de troubles mentaux.

Recommandation: The internet can make MHC more accessible for adolescents.

Actions proposées au niveau macro:

- Des interventions basées sur la toile sont encouragées afin d'améliorer l'accès aux soins de santé mentale, pour informer les adolescents à propos des soins et les impliquer plus activement durant le traitement en garantissant qu'ils continuent à bénéficier de soins post-traitement.
- Les gouvernements attribuent des labels de qualité aux sites Internet, outils et applications, pour que les adolescents sachent qu'ils utilisent un site Internet fiable et adapté à eux.

Actions proposées au niveau micro:

- Les professionnels savent qu'il existe des interventions basées sur la toile pour les adolescents.
- Il est souhaitable que les interventions basées sur la toile soient complétées par une aide professionnelle. L'idée consiste à aider les adolescents à interpréter l'information qu'ils trouvent en ligne et de garantir un traitement personnalisé.

4. TRAITEMENT CENTRÉ SUR LA PERSONNE

Recommandation: Support, coaching and treatment is offered in a person-centred way and actively involves the adolescents.

Actions proposées au niveau micro:

- Pendant l'évaluation, les professionnels tiennent compte du fonctionnement bio-psycho-social de l'adolescent. Ils se concentrent sur les problèmes psychologiques de leur client ainsi que sur ses points forts et ses compétences.
- Pendant le traitement, les professionnels impliquent les jeunes dans le processus décisionnel en appliquant les principes de la prise de décision partagée. Les professionnels énoncent clairement qu'il faut faire des choix, fournissent une information détaillée axée sur les adolescents sur les différentes options et aident les adolescents à examiner leurs préférences et à poser des choix.

Recommandation: Every adolescent receives an effective combination of bio-psycho-social treatments.

Actions proposées au niveau macro:

- Dans les pays où le paradigme biomédical est le modèle de traitement exclusif ou dominant, les gouvernements entreprennent des actions en vue de stimuler le paradigme bio-psycho-social. Ceci peut se faire par exemple en remboursant les interventions psychosociales en plus du traitement pharmacologique.

Actions proposées au niveau micro:

- Les interventions psychosociales sont considérées par les professionnels comme le traitement de première ligne. Les plus courantes sont la psychoéducation et la psychothérapie, mais d'autres interventions peuvent s'avérer bénéfiques, comme des ateliers d'art créatif, dans lesquels les adolescents peuvent exprimer leurs sentiments (musique, écriture, danse, peinture, etc.) ou des activités sportives. Un aperçu des interventions fondées actuelles est disponible dans l'ouvrage « What works for whom » (Fonagy, et al., 2014).
- Les interventions psychosociales ne se concentrent pas seulement sur la guérison et sur les soins mais aussi sur la résilience et sur le renforcement des compétences du patient.
- La médication peut s'avérer nécessaire pour des troubles mentaux graves, mais elle est proposée en combinaison avec des interventions psychosociales. Les professionnels sont sensibilisés par rapport à l'abus éventuel de la médication et se basent sur des instructions lorsqu'ils prescrivent.
- Le traitement, le coaching et les stratégies de conseil qui ont prouvé leurs mérites ont la priorité mais il faut garder l'esprit ouvert aux nouvelles évolutions. Les lignes directrices sont utilisées car elles donnent un aperçu des traitements fondés existants (par exemple le Mental Health Gap Action Intervention Guide de l'OMS, NICE, etc.). Les professionnels recourent aussi à des protocoles sur la manière de mettre en œuvre des interventions fondées de manière standardisée.
- Les résultats des traitements sont systématiquement suivis afin de déterminer si les interventions sont efficaces.

Recommandation: Adolescent mental health problems are approached from a developmental perspective.

Actions proposées au niveau micro:

- Les prestataires de soins tiennent compte de la manière dont l'adolescent s'est développé jusque là et quels problèmes développementaux ou quelles crises influencent la situation actuelle. L'idée consiste à appréhender l'ensemble des problèmes rencontrés et de déterminer le besoin d'aide et de soutien.
- Les prestataires de soins reconnaissent que les besoins des adolescents évoluent en permanence. Le plan de soins doit suivre la même évolution.

Recommandation: Every care plan builds bridges to normal life.

Actions proposées au niveau meso:

- La récupération et l'inclusion dans la société constituent des objectifs primaires dans tout plan de traitement. Les professionnels aident les adolescents dans leur éducation, à trouver un logement ou de l'emploi et à nouer des relations basées sur la confiance avec autrui, pour pouvoir jouer leur rôle en tant que citoyens à part entière. La collaboration avec d'autres secteurs est essentielle à cet effet.
- Les soins sont proposés chaque fois que la chose est possible dans l'environnement naturel de l'adolescent. En cas d'hospitalisation, les professionnels conçoivent une stratégie telle que l'adolescent a la perspective de rentrer chez lui.
- L'emploi assisté et l'éducation assistée sont des aspects importants des soins destinés aux adolescents souffrant de maladie mentale profonde et de longue durée. Cela requiert une collaboration systématique des services de santé mentale avec les services de l'emploi et de l'éducation (Ellison et al. 2015).

Recommandation: Parents are involved if possible.

Actions proposées au niveau macro:

- Les élaborent des législations sur les droits et obligations des parents si leur enfant a besoin de services d'AMHC

Actions proposées au niveau micro:

- Au début du traitement, les parents sont informés. Les adolescents sont encouragés à impliquer leurs parents si cela a un effet positif sur leur bien-être.

- Les parents devraient bénéficier d'une assistance s'ils éprouvent eux-mêmes des problèmes ou si une relation dysfonctionnelle est au cœur des problèmes de l'adolescent. On dispose d'un aperçu correct des interventions basées sur la famille existantes à l'attention des professionnels (Kaslow et al., 2014).

5. SOINS INTÉGRÉS

Recommandation: Governments create a common framework spanning all sectors.

Actions proposées au niveau macro:

- Les alliances stratégiques et les réseaux de soins sont organisés au niveau local. Le but est de relier différents niveaux de spécialisation (comme les services de soins primaires, secondaires et tertiaires) ainsi que des niveaux de soins similaires entre les secteurs (comme le logement, l'emploi, la justice, etc.).
- Des comités locaux sont créés en vue d'orienter la mise en réseau entre les services.
- Si des professionnels intervenant dans le traitement d'adolescents collaborent entre les secteurs, il devrait y avoir un incitant financier. Pour encourager la collaboration, il conviendrait d'en mettre en exergue les avantages, ou encore encourager la mobilité professionnelle entre les secteurs.
- L'information sur les initiatives existantes est disponible sur un site Internet centralisé.

Actions proposées au niveau meso:

- Le travail en équipe pluridisciplinaire est la norme, le praticien généraliste est inclus en tant que membre de l'équipe.
- Un planning de soins conjoint est initié. L'équipe de professionnels partage un plan de soins commun et se sent solidairement responsable de sa mise en oeuvre.
- Des lieux sont mis à disposition pour la discussion et l'interaction intersectorielle.
- La gestion des soins intensifs est mise en place. L'un des professionnels est désigné et assume la responsabilité finale pour chaque dossier.
- Des conventions consensuelles sont rédigées et décrivent les rôles et la responsabilité de chaque partenaire et renvoient aux procédures et aux règles à respecter s'il est mis fin au traitement ou en cas de transition ou de conflit.
- Une infrastructure commune est créée pour la collecte et le partage des informations concernant les patients entre les différents prestataires de soins au sein des secteurs ou entre ceux-ci.
- Une formation commune est organisée pour les professionnels de différents secteurs. Ainsi, les compétences sont transdisciplinaires.

6. TRANSITION DES ADOLESCENTS DES SERVICES D'AMHC VERS DES SERVICES POUR ADULTES

Recommandation: Governments, MHC services and professionals improve the transition of AMHC services to adult MHC services.

Actions proposées au niveau macro:

- Les projets politiques comportent des stratégies en vue d'améliorer les soins au moment de la transition. Dans le contexte du projet Milestone, des lignes directrices sont formulées en vue d'aider les décideurs politiques à prendre des décisions informées et fondées sur des éléments probants pour améliorer les systèmes sanitaires.
- Les services locaux de soins de santé mentale pour adolescents et pour adultes ainsi que les services bénévoles sont régulièrement cartographiés et actualisés (en ce qui concerne la portée de leur action, les réseaux de communication et les contacts importants).
- Les professionnels de la santé mentale sont formés aux manières d'optimiser la transition des soins. Ces formations doivent aborder les attitudes négatives par rapport aux renvois vers d'autres services, améliorer la connaissance de ces autres services et améliorer l'efficacité et les aptitudes propres. De manière similaire, dans le contexte du projet Milestone, des modules de formation pour les cliniciens de l'ensemble de l'Union européenne sont en préparation et seront diffusés.

Actions proposées au niveau meso:

- Les services formulent et mettent en oeuvre des protocoles en vue d'améliorer les soins au moment de la transition, conformément aux besoins des adolescents. Dans le cadre de ce protocole, le cadre temporel ainsi que les responsabilités de chacun sont bien définis. Un plan de backup est aussi prévu si les services de soins de santé mentale pour adultes s'avèrent incapables d'accepter le transfert.

- Les services sont flexibles par rapport à l'âge des clients. Les adolescents qui ne sont pas prêts pour la transition vers un service pour adultes continuent à être soignés dans un service pour adolescents.
- Les services essaient d'éviter des transitions multiples simultanées, car un seul transfert requiert déjà beaucoup de travail préparatoire.
- Le service pour adolescents et le service pour adultes gèrent la transition ensemble pendant un certain temps.
- La participation active du service pour adultes est requise avant que le service pour adolescents puisse autoriser la sortie d'un patient.
- Les services de soins de santé mentale pour adolescents et pour adultes utilisent un système d'enregistrement standardisé et transmettent toute la correspondance et les informations de contact.
- La transition vers les services pour adultes est un indicateur de qualité important lorsque l'on évalue les soins. Dans le contexte du projet Milestone, des mesures spécifiques des résultats ont été mises au point et validées.

Actions proposées au niveau micro:

- Les adolescents sont bien préparés par les professionnels dans les semaines qui précèdent la transition et la transition s'opère lorsque l'état de l'adolescent est stable.

7. FORMATION DES PROFESSIONNELS

Recommandation: The education of mental health professionals working with adolescents is tailored to that specific group.

Actions proposées au niveau macro:

- Pendant leur formation, les professionnels de la santé mentale des adolescents sont formés aux sujets spécifiquement liés aux adolescents, comme le développement normal de l'adolescent, l'évaluation des problèmes de santé mentale chez l'adolescent, comment communiquer avec les adolescents, la prise de décision partagée, les interventions psychosociales fondées sur des résultats probants, comment travailler avec un réseau intégré de services, les soins en transition et les politiques et la législation relatives aux services d'AMHC.
- Des normes uniformes sont définies pour le programme des cours des psychiatres et psychologues pour adolescents en Europe.

Actions proposées au niveau meso:

- Les sessions de formation interdisciplinaires et les cours postuniversitaires sont obligatoires pour les cliniciens des services d'AMHC.
- Les réseaux d'apprentissage sont mis en place en vue de stimuler l'apprentissage continu sur le lieu de travail (cf., ImROC).
- Les services organisent régulièrement une intervision et une supervision.

Recommandation: Professionals who occasionally encounter young people with mental health problems are trained in AMH issues as well.

Actions proposées au niveau macro:

- Elles concernent les généralistes, les infirmières d'hôpital, les infirmières en milieu scolaire, les éducateurs, les travailleurs de la santé publique, les travailleurs sociaux et les enseignants. Ils reçoivent des cours sur les questions d'AMH au cours de leur formation de base.
- Des lignes téléphoniques ou des sites Internet sont disponibles pour obtenir des informations. Les professionnels peuvent les consulter s'ils ont des questions ou des soucis par rapport à l'AMH.

8. PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE

Recommandation: Countries have an action plan to prevent mental health problems and to promote well-being in adolescents.

Actions proposées au niveau macro:

- Les plans d'action incluent des interventions en vue de renforcer les facteurs de protection (par exemple encourager un comportement approprié pour rechercher de l'aide, aider les parents à élever leur enfant, créer un bon environnement

scolaire, améliorer les connaissances en matière de santé mentale, etc.) et des interventions visant à remédier aux comportements à risques (par exemple le harcèlement, la pauvreté, la violence parentale, l'abus de substances, etc.). Ces actions ciblent tout particulièrement les jeunes vulnérables et leurs familles.

- Les stratégies et interventions qui se sont avérées efficaces dans d'autres pays sont fortement recommandées.
- Les médias peuvent jouer un rôle important dans la neutralisation de la stigmatisation et la diffusion de l'information.

Actions proposées au niveau meso:

- Les travailleurs de la santé vont vers les adolescents vulnérables qui tendent à restés hors de vue. Ils visitent des lieux où ceux-ci se retrouvent souvent (par exemple les gares, les places, les parcs, les installations sportives publiques, les pubs) et les invitent à venir les voir dans leur service ou procurent une assistance sur place si nécessaire.
- Certains programmes soutiennent le développement personnel et l'inclusion de ces adolescents vulnérables. Nous songeons à cet égard des événements spéciaux ou à des activités en groupe (comme lutter contre la pollution pour protéger l'environnement, de petites restaurations de bâtiments publics, aider les pauvres, des fêtes de quartier, une collecte de fonds, etc.). C'est une bonne façon de responsabiliser les adolescents car ils apprennent ainsi à s'engager efficacement, à prendre leurs responsabilités, à nouer des relations sociales, etc.
- Les parents peuvent se faire aider à faire face aux problèmes mentaux de leur enfant. Des sites Internet peuvent aider les parents à identifier le trouble mental et leur montrer quelles actions ils devraient entreprendre dans l'intérêt de leur enfant.

Recommandation: Schools are a key setting to promote mental well-being.

Actions proposées au niveau macro:

- Les enseignants reçoivent une formation de base en santé mentale des adolescents, promotion de la santé mentale et la manière de prévenir et d'identifier des troubles mentaux.
- Des cours sur la santé mentale sont intégrés dans le programme de cours des adolescents. Les cours de concentrent sur des questions comme l'amélioration de la résilience, le respect d'autrui, les aptitudes sociales, comment gérer des situations difficiles, exprimer ses sentiments, promouvoir la recherche d'aide et responsabiliser les jeunes.
- Des contrôles sanitaires peuvent être organisés en milieu scolaire afin de détecter les étudiants qui ont besoin de soins de santé mentale. Dans le contexte du projet « Saving and Empowering Young Lives in Europe » (SEYLE), une procédure de screening en milieu scolaire a été mise au point. Toutefois, les programmes de screening ont un effet négatif si le pays ne dispose pas de suffisamment de service de MHC. Ils pourraient en effet susciter une demande d'aide alors que celle-ci n'est pas disponible.

Actions proposées au niveau meso:

- Des professionnels de la santé mentale (conseillers pédagogiques) sont engagés par l'école pour conseiller les enseignants et/ou procurer une assistance directement aux adolescents.
- Les écoles peuvent collaborer avec des professionnels de la santé mentale travaillant à l'extérieur du cadre scolaire. Des professionnels externes peuvent par exemple venir se présente à l'école une fois par semaine.
- Des cours sur la santé mentale peuvent être donnés par du personnel soignant ou des éducateurs dans le domaine de la santé, mais une autre option consisterait par exemple à inviter un professionnel de la santé mentale en tant que conférencier. En outre, les cours sont donnés de préférence de manière interactive pour améliorer les connaissances et agir sur les attitudes et les aptitudes. Les enseignants devraient être attentifs à des signes éventuels de harcèlement qui pourraient être évoqués lors de ce genre de cours.
- Les écoles accordent une attention particulière aux comportements à risques associés à des problèmes mentaux. Citons comme exemples l'abus de substances, la recherche de sensations fortes, une dépendance excessive des médias, l'automutilation, la délinquance ou le décrochage scolaire. Dans de tels cas le conseiller pédagogique essaie d'établir un contact avec l'adolescent pour voir ce qu'il se passe.
- Les écoles élaborent un plan d'action pour remédier au harcèlement. C'est important pour prévenir des problèmes mentaux.

9. POLITIQUES ET CADRES JURIDIQUES

Recommandation: Countries develop and implement specific policies and plans on adolescent mental health.

Actions proposées au niveau macro:

- La Déclaration universelle des Droits de l'Homme et la Convention sur les Droits de l'Enfant constituent des références pour la formulation de nouvelles politiques, de législations et de cadres d'action.
- Les gouvernements doivent reconnaître que l'amélioration de la qualité des services d'AMHC est une priorité essentielle et que les adolescents ont des besoins spécifiques.
- L'OMS a mis à la disposition des différents pays un dossier explicatif décrivant les étapes successives à suivre par les décideurs politiques pour mettre en place et mettre en œuvre des politiques et des programmes d'AMH (OMS, 2005).
- Lorsque des politiques et des programmes sont préparés, les adolescents et leurs parents y participent étroitement. Les politiques sont évaluées. Par exemple en utilisant la checklist de l'OMS pour l'évaluation d'une politique de santé mentale (OMS, 2009). Les résultats devraient ensuite être échangés avec d'autres pays européens pour que ceux-ci en apprennent davantage les uns des autres.
- Les gouvernements élaborent des législations claires indiquant comment les adolescents peuvent obtenir de l'aide sans la permission de leurs parents, le droit des jeunes de participer aux décisions relatives à leur plan de traitement, les droits et obligations des parents, les procédures d'injonctions d'interdiction (même si celles-ci devraient être limitées à un minimum), l'enregistrement et l'accès aux dossiers des patients et le recours à l'e-health.

Recommandation: Governments allocate sufficient financial resources to AMH.

Actions proposées au niveau macro:

- Les projets politiques sont transparents par rapport au pourcentage du produit national brut affecté à la santé mentale en général et à la santé mentale des adolescents en particulier.
- Le montant du financement consacré à la santé mentale est distribué plus équitablement entre les soins pour adultes d'une part et les soins pour enfants et adolescent d'autre part. En augmentant le financement des soins de santé mentale pour adolescents, il est possible de détecter les troubles mentaux à un stade précoce. Ceci permet de prévenir des troubles mentaux plus complexes à l'âge adultes qui nécessitent un traitement à plus long terme et plus coûteux.
- Les gouvernements consentent des efforts en vue d'accroître les ressources financières pour obtenir des services d'AMHC de grande qualité.

10. RECHERCHE

Recommandation: Epidemiological data are crucial to raise awareness and to support policy makers.

Actions proposées au niveau macro

- Les gouvernements investissent dans des systèmes d'enregistrement de données bien conçus pour collecter les données administratives. L'InterRAI Community Mental Health et l'InterRAI Mental Health sont de bons exemples d'instruments d'évaluation standardisés. La mise en œuvre de tels système nécessite du temps pour encore les données et former les utilisateurs.
- La recherche épidémiologique peut être organisée dans le cadre d'une approche collaborative entre les pays de l'Union européenne (cf. l'Etude européenne sur l'épidémiologie des troubles mentaux, étude ESEMeD).
- La recherche de concentre plus particulièrement sur les soins de santé mentale pour adolescents dans des groupes-cibles spécifiques et vulnérables (comme les réfugiés, les adolescents Rom, etc.).
- Les données sur les problèmes des adolescents qui sont collectées par d'autres secteurs comme le taux de décrochage, la criminalité parmi les jeunes et les abus sexuels valent la peine d'être étudiées également.

Actions proposées au niveau micro:

- Les instituts de recherche veillent à ce que les constats épidémiologiques soient communiqués de manière claire et vivante aux décideurs politiques et au grand public, pour que les résultats soient utilisés.





REFERENCES

Abrines-Jaume, N., Midgley, N., Hopkins, K., Hoffman, J., Martin, K., Law, D., Wolpert, M. (2014). A qualitative analysis of implementing shared decision making in child and adolescent mental health services in the UK: stages and facilitators. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. doi: 10.1177/1359104514547596.

Ambresin, A. E., Bennett, K., Patton, G. C., Sanci, L. A., & Sawyer, S. M. (2013). Assessment of youth-friendly health care: a systematic review of indicators drawn from young people's perspectives. *Journal of Adolescent Health*, 52(6), 670-681. doi:10.1016/j.jadohealth.2012.12.014.

Ballard, K.L., Sander, M.A., Klimes-Dougan, B. (2014). School-related and social-emotional outcomes of providing mental health services in schools. *Community Mental Health Journal*, 50(2), 145-149.

Bélanger, R.E., Akre, C., Berchtold, A., & Michaud, P.A. (2011). A U-shaped association between intensity of Internet use and adolescent health. *Pediatrics*, 127(2), e330-e335.

Bielsa, V.C., Braddick, F., Jané-Llopis, E., Jenkins, R., & Puras, D. (2010). Child and adolescent mental health policies, programmes and infrastructures across Europe. *International Journal of Mental Health Promotion*, 12(4), 10-26.

Bohlin, R.K., & Mijumbi, R. (2015). *Child and Adolescent Mental Health Disorders: Organization and Delivery of Care. In Optimizing Treatment for Children in the Developing World (pp. 279-289) Springer.*

Bor, W., Dean, A.J., Najman, J., & Hayatbakhsh, R. (2014). Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 0004867414533834.

Boydell, K.M., Hodgins, M., Pignatiello, A., Teshima, J., Edwards, H., & Willis, D. (2014). Using technology to deliver mental health services to children and youth: A scoping review. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 23(2), 87.

Bréland, D.J., McCarty, C.A., Zhou, C., McCauley, E., Rockhill, C., Katon, W., et al. (2014). Determinants of mental health service use among depressed adolescents. *General Hospital Psychiatry*, 36(3), 296-301.

Bruce, S., & Paxton, R. (2002). Ethical principles for evaluating mental health services: A critical examination. *Journal of Mental Health*, 11(3), 267-279.

Cappelli, M., Gray, C., Zemek, R., Cloutier, P., Kennedy, A., Glennie, E., Doucet, G., & Lyons, J.S. (2012). The HEADS-ED: A Rapid Mental Health Screening Tool for Pediatric Patients in the Emergency Department. *Pediatrics*, 130(2), e321-e327. doi: 10.1542/peds.2011-3798.

Carli, V., Hoven, C.W., Wasserman, C., Chiesa, F., Guffanti, G., Sarchiapone, M., et al. (2014). A newly identified group of adolescents at «invisible» risk for psychopathology and suicidal behavior: findings from the SEYLE study. *World Psychiatry*, 13(1), 78-86. doi:10.1002/wps.20088.

Chandra, A., & Minkovitz, C.S. (2006). Stigma starts early: gender differences in teen willingness to use mental health services. *Journal of Adolescent Health*, 38(6), 754, e1-8.

Copeland, W.E., Shanahan, L., Davis, M., Burns, B., Angold, A., & Costello, E.J. (2015). Untreated Psychiatric Cases increase during the Transition to Adulthood. *Psychiatric services (Washington, DC)*, 66(4), 397.

D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J.F., Martin-Rodriguez, L.S., & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8(1), 188. doi:10.1186/1472-6963-8-188.

De Girolamo, G., Dagani, J., Purcell, R., Cocchi, A., & McGorry, P.D. (2012). Age of onset of mental disorders and use of mental health services: needs, opportunities and obstacles. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 21(01), 47-57. doi:10.1017/S2045796011000746.

Dowdy, E., Furlong, M., Raines, T.C., Boverly, B., Kauffman, B., Kamphaus, R.W., et al. (2014). Enhancing school-based mental health services with a preventive and promotive approach to universal screening for complete mental health. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, (ahead-of-print), 1-20.

Ellison et al., 2015. Ellison, M. L., Klodnick, V. V., Bond, G. R., Krzos, I. M., Kaiser, S. M., Fagan, M. A., & Davis, M. (2015). Adapting supported employment for emerging adults with serious mental health conditions. *The journal of behavioral health services & research*, 42(2), 206-222.

Elwyn G., Frosch D., Thomson R., et al. (2012). Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1361-1367. doi:10.1007/s11606-012-2077-6.

Farmer, E.M., Burns, B.J., Phillips, S.D., Angold, A., & Costello, E. J. (2003). Pathways into and through mental health services for children and adolescents. *Psychiatric services*, 54(1), 60-66.

Fonagy, P., Cottrell, D., Phillips, J., Bevington, D., Glaser, D., & Allison, E. (2014). *What works for whom? A critical review of treatments for children and adolescents* Guilford Publications.

Gaebel, W., Becker, T., Janssen, B., Munk-Jorgensen, P., Musalek, M., et al. (2012). EPA guidance on the quality of mental health services. *European Psychiatry*, 27(2), 87-113. doi:10.1016/j.eurpsy.2011.12.001.

Graham, T., Rose, D., Murray, J., Ashworth, M., & Tylee, A. (2014). User-generated quality standards for youth mental health in primary care: a participatory research design using mixed methods. *BMJ quality & safety*, bmjqs-2014.

Gulliford, M., Naithani, S., & Morgan, M. (2006). What is 'continuity of care'? *Journal of health services research & policy*, 11(4), 248-250.

Gulliver, A., Griffiths, K.M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC psychiatry*, 10(1), 113.

Gröne, O., & Garcia-Barbero, M. (2001). Integrated care: a position paper of the WHO European office for integrated health care services. *International journal of integrated care*, 1.

Harper, B., Dickson, J.M., & Bramwell, R. (2014). Experiences of young people in a 16-18 Mental Health Service. *Child and Adolescent Mental Health*, 19(2), 90-96.

Hopkins, K., Crosland, P., Elliott, N., & Bewley, S. (2015). Diagnosis and management of depression in children and young people: summary of updated NICE guidance. *British Medical Journal*, 350, h824.

Horwitz, S.M., Gary, L.C., Briggs-Gowan, M.J., & Carter, A.S. (2003). Do needs drive services use in young children? *Pediatrics*, 112(6), 1373-1378.

Jané-Llopis, E., & Anderson, P. (2005). *Mental health promotion and mental disorder prevention: A policy for Europe* Radboud University Nijmegen.

Kaess, M., Brunner, R., Parzer, P., Carli, V., Apter, A., Balazs, J.A., et al. (2014a). Risk-behaviour screening for identifying adolescents with mental health problems in Europe. *European child & adolescent psychiatry*, 23(7), 611-620. doi:10.1007/s00787-013-0490-y.

Kalmakis, K.A., & Chandler, G.E. (2015). Health consequences of adverse childhood experiences: A systematic review. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*.

Kaslow, N.J., Broth, M.R., Smith, C.O., & Collins, M.H. (2012). Family-based interventions for child and adolescent disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 82-100.

Kessler, R.C., Amminger, G.P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., & Ustun, T.B. (2007a). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current opinion in psychiatry*, 20(4), 359.

Kessler, R.C., Angermeyer, M., Anthony, J.C., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., et al. (2007b). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6(3), 168.

Keith, S., & Martin, M.E. (2005). Cyber-Bullying: Creating a Culture of Respect in a Cyber World. *Reclaiming Children and Youth*, 13(4), 224-28.

Klein, D.A., Goldenring, J.M., & Adelman, W.P. (2014). HEEADSSS 3.0: The psychosocial interview for adolescents updated for a new century fueled by media. Retrieved from <http://contemporarypediatrics.modernmedicine.com/contemporary-pediatrics/content/tags/adolescent-medicine/heedsss-30-psychosocial-interview-adolesce?page=full>.

Kodner, D.L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications discussion paper. *International journal of integrated care*, 2.

Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 858.

Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., & Thornicroft, G. (2006). *Mental health policy and practice across Europe*. Berkshire: McGraw-Hill International.

Legido-Quigley, H., McKee, M., Nolte, E., & Glinos, I.A. (2008). Assuring the Quality of Health Care in the European Union. A case for action. *European Observatory on Health Systems and Policies*.

Leslie, D.L., Rosenheck, R.A., & Horwitz, S.M. (2001). Patterns of mental health utilization and costs among children in a privately insured population. *Health Services Research*, 36(1 Pt 1), 113.

Li, W., O'Brien, J.E., Snyder, S.M., & Howard, M.O. (2015). Characteristics of Internet Addiction/Pathological Internet Use in US University Students: A Qualitative-Method Investigation. *PloS one*, 10(2), e0117372.

London School of Economics and Political Science (2012). How mental illness loses out in the NHS. A report by the Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group.

Lucksted, A., McFarlane, W., Downing, D., & Dixon, L. (2012). Recent developments in family psychoeducation as an evidence-based practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 101-121.

Maxwell, R.J. (1992). Dimensions of quality revisited: from thought to action. *Quality Health Care*, 1, 171-177.

McGorry, P., Bates, T., & Birchwood, M. (2013). Designing youth mental health services for the 21st century: examples from Australia, Ireland and the UK. *The British Journal of Psychiatry*, 202(s54), s30-s35.

McGorry, P.D., Goldstone, S.D., Parker, A.G., Rickwood, D.J., & Hickie, I.B. (2014). Cultures for mental health care of young people: an Australian blueprint for reform. *The Lancet*, 1, 559-568.

Michaud, P.A., Berg-Kelly, K., Macfarlane, A., & Benaroyo, L. (2010). Ethics and adolescent care: an international perspective. *Current opinion in paediatrics*, 22(4), 418-422. doi:10.1097/MOP.0b013e32833b53ec.

Mur-Veeman, I., Hardy, B., Steenbergen, M., & Wistow, G. (2003). Development of integrated care in England and the Netherlands: managing across public-private boundaries. *Health policy*, 65(3), 227-241. doi:10.1016/S0168-8510(02)00215-4.

NHS England. (2015). *Future in mind: Promoting, protecting and improving children and young people's mental health and wellbeing*.

Paternite, C.E., & Johnston, T.C. (2005). Rationale and strategies for central involvement of educators in effective school-based mental health programs. *Journal of youth and adolescence*, 34(1), 41-49.

Patton, G.C., Coffey, C., Cappa, C., Currie, D., Riley, L., Gore, F., et al. (2012). Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data. *The Lancet*, 379(9826), 1665-1675. doi:10.1016/S0140-6736(12)60203-7

Patton, G.C., Coffey, C., Romaniuk, H., Mackinnon, A., Carlin, J.B., Degenhardt, L., et al. (2014). The prognosis of common mental disorders in adolescents: a 14-year prospective cohort study. *The Lancet*, 383(9926), 1404-1411. doi:10.1016/S0140-6736.

Paus, T., Keshavan, M., & Giedd, J.N. (2008). Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence? *Nature Reviews Neuroscience*, 9(12), 947-957.

Price, M., Yuen, E.K., Goetter, E.M., Herbert, J.D., Forman, E.M., Acierno, R., et al. (2014). mHealth: a mechanism to deliver more accessible, more effective mental health care. *Clinical psychology & psychotherapy*, 21(5), 427-436.

Reichow, B., Servili, C., Yasamy, M.T., Barbui, C., & Saxena, S. (2013). Non-specialist psychosocial interventions for children and adolescents with intellectual disability or lower-functioning autism spectrum disorders: a systematic review.

Remschmidt, H. (2001). Definition, classification, and principles of application. In H. Remschmidt (Ed.), *Psychotherapy with children and adolescents* (pp. 3-11). Cambridge: Cambridge University Press.

Remschmidt, H., & Belfer, M. (2005). Mental health care for children and adolescents worldwide: a review. *World Psychiatry*, 4(3), 147.

Reyes-Portillo, J.A., Mufson, L., Greenhill, L.L., Gould, M.S., Fisher, P.W., Tarlow, N., et al. (2014). Web-Based Interventions for Youth Internalizing Problems: A Systematic Review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(12), 1254-1270.

Rones, M., & Hoagwood, K. (2000). School-based mental health services: A research review. *Clinical child and family psychology review*, 3(4), 223-241.

Ryttilä-Manninen, M., Lindberg, N., Haravuori, H., Kettunen, K., Marttunen, M., Joukamaa, M., et al. (2014). Adverse childhood experiences as risk factors for serious mental disorders and inpatient hospitalization among adolescents. *Child abuse and neglect*.

Samele, C., Frew, S., & Urquia, N. (2013). Mental health systems in the European Union member states, status of mental health in populations and benefits to be expected from investments into mental health European Commission.

Sawyer, S.M., Afifi, R.A., Bearinger, L.H., Blakemore, S.J., Dick, B., Ezech, A.C., et al. (2012). Adolescence: a foundation for future health. *The Lancet*, 379(9826), 1630-1640. doi:10.1016/S0140-6736(12)60072-5.

SEYLE. (2015). *Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE). Promoting health through the prevention of risk-taking and self-destructive behaviours. SEYLE final report for the European Commission.*

Silva, M., & de Almeida, J.M.C. (2014). Setting up integrated mental health systems. In S.O. Okpaku (Ed.), *Essentials of Global Mental Health* (pp. 144-151). Cambridge: Cambridge University Press.

Singh, S.P., Paul, M., Islam, Z., Weaver, T., Kramer, T., McLaren, S., et al. (2010). Transition from CAMHS to adult mental health services (TRACK): a study of service organisation, policies, process and user and carer perspectives. Report for the National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation Programme: London.

Thompson, P., & Clarke, H. (2015). *Service standards: seventh edition Royal college of psychiatrist.*

Thornicroft, G., & Tansella, M. (1999). Translating ethical principles into outcome measures for mental health service research. *Psychological medicine*, 29(04), 761-767.

Thornicroft, G., & Tansella, M. (2003). What are the arguments for community-based mental health care? Copenhagen.

Thornicroft, G., & Tansella, M. (2004). Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care Overview of systematic evidence. *The British Journal of Psychiatry*, 185(4), 283-290.

Thornicroft, G., & Tansella, M. (2013). The balanced care model: the case for both hospital- and community-based mental healthcare. *The British Journal of Psychiatry*, 202, 246-248. doi:10.1192/bjp.bp.112.111377.

Tokunaga, R.S. (2010). Following you home from school: A critical review and synthesis of research on cyberbullying victimization. *Computers in Human Behaviour*, 26(3), 277-287.

Tylee, A., Haller, D.M., Graham, T., Churchill, R., & Sanci, L.A. (2007). Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done? *The Lancet*, 369(9572), 1565-1573. doi:10.1016/S0140-6736(07)60371-7.

Uitterhoeve, R.J., Vernooy, M., Litjens, M., Potting, K., Bensing, J., De Mulder, P., et al. (2004). Psychosocial interventions for patients with advanced cancer – a systematic review of the literature. *British Journal of Cancer*, 91(6), 1050-1062.

Union Européenne des Médecins Spécialistes (2014). Training requirements for the Speciality of Child and Adolescent Psychiatry. <http://www.uems.eu/media-and-library/documents/adopted-documents/2014>.

Valentijn, P.P., Schepman, S.M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M.A. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International journal of integrated care*, 13.

Vallance, A.K., Kramer, T., Churchill, D., & Garralda, M.E. (2011). Managing child and adolescent mental health problems in primary care: taking the leap from knowledge to practice. *Primary health care research & development*, 12(04), 301-309.

Vermeulen, B., Lauwers, H., Spruytte, N. & Van Audenhove, C. (2015). Experiences of family caregivers for persons with severe mental illness: an international exploration. Leuven: LUCAS KU Leuven/EUFAMI. <http://caringformentalhealth.org>

Vidal-Ribas, P., Goodman, R., & Stringaris, A. (2015). Positive attributes in children and reduced risk of future psychopathology. *The British Journal of Psychiatry*, 206, 17-25. doi:10.1192/bjp.bp.114.144519.

Vieth, H. (2009). Mental health policies in Europe. *Euro Observer*, 11(3).

Wasserman, D., Hoven, C.W., Wasserman, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G., et al. (2015). School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet*, 385(9977), 1536-1544.

Weist, M.D., & Paternite, C.E. (2006). Building an interconnected policy-training-practice-research agenda to advance school mental health. *Education and Treatment of Children*, 173-196.

Weisz, J.R., Kuppens, S., Eckshtain, D., Ugueto, A.M., Hawley, K.M., & Jensen-Doss, A. (2013). Performance of evidence-based youth psychotherapies compared with usual clinical care: a multilevel meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 70(7), 750-761.

WHO (2002). Global consultation on adolescent friendly health services: a consensus statement.

WHO (2003). *Investing in mental health*. Geneva: WHO.

WHO (2005). *Child and adolescent mental health policies and plans*.

WHO (2009). *Improving health systems and services for mental health*.

WHO (2010). mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP). WHO (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. WHO: Geneva.

Willard, N.E. (2007). *Cyberbullying and cyber threats: Responding to the challenge of online social aggression, threats, and distress* Research Press.

Wittchen, H.U., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357-376.

Ye, X., Bapuji, S.B., Winters, S.E., Struthers, A., Raynard, M., Metge, C., et al. (2014). Effectiveness of internet-based interventions for children, youth, and young adults with anxiety and/or depression: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*, 14(1), 313.

Young, A.S., & Fristad, M.A. (2015). *Family-Based Interventions for Childhood Mood Disorders*. Child and adolescent psychiatric clinics of North America.

NOUS REMERCIONS TOUS LES PARTICIPANTS POUR LEUR CONTRIBUTION À ADOCARE

BELGIQUE : Derély M. - Beine A. - Bonny C. - Cailliau M. - Claes L. - Courtain A. - Croisant M. - d'Alcantara A. - Datta P. de Becker E. - De Bock P. - De Bois S. - De Buck C. - De Coen M. - De Jonghe I. - De Ridder A. - De Rijdt L. - De Vos B. - Delvenne V. Doucet D. - Dubois J. - Dubois V. - Forceville G. - Geerts L. - Gherroucha J. - Herremans D. - Holsbeek J. - Lampo A. - Lowet K. Moens A. - Moens I. - Mohammad S. - Mommerency G. - Mulas A. - Nelis E. - Oosterlinck T. - Passelecq A. - Peeters J. Plessers B. - Schoentjes E. - Snoeck P. - Van Hoof B. - Van Lysebetten C. - Van Speybroeck J. - Vanderstraeten G.

REPUBLIQUE TCHEQUE : Papezova H.

Estonie : Haldre L.

FINLANDE : Elorante S. - Haravuori H. - Kaltiala-Heino R. - Kaukonen P. - Marttunen M. - Ranta K. - Sourander A. - Tähtinen P. Vormaa H.

FRANCE : Alecian P. - Bisson V. - Bonnot O. - Chambry J. - Choquet M. - Cottin P. - Garcin V. - Khalil R. - Kovess-Masfety V. - Paupe G. Pieter D. - Rufo M. - Shadili G. - Speranza M. - Stheneur C.

ALLEMAGNE : Bauer S. - Brunner R. - Freitag C. - Hegerl U. - Heilbronner U. - Ravens-Sieberer U. - Schneider S. - Stracke T.

GRECE : Kanellopoulos A. - Katideniou A. - Lazaratou H.

HONGRIE : Balazs J. - Kapornai K. - Kiss E. - Vetro A.

IRLANDE : Arensman E.

ITALIE : Baldassare M. - Colafrancesco G. - Colaiaco F. - Conca A. - Corbetta F. - de Girolamo G. - Di Lorenzo M. Maggioni A. - Malara P. - Montinari G. - Pandolfo M.C. - Pastore A. - Polito L. - Rampazzo L. - Saottini C. - Scala A. Segalla P. - Suigo V. - Taccani S. - Tonelli M. - Vanni F. - Veronese G.

LETTONIE : Ancane G.

LITUANIE : Kuriene A. - Lesinskiene S. - Leskauskas D. - Petruolyte J. - Puras D. - SajeVICIENE J. - ZinkeVICIUTE J. - Ziobiene E.

PORTUGAL : Caetano Gomes C. - Gusmao R. - Maia G. - Urbano N.

SLOVENIE : Kumperscak H.

ESPAGNE : Bilbao A. - Blanco Presas M. - De la Rica J.A. - Gabilondo A. - García Sastre M. - Garcia-Cubillana de la Cruz P. - Gil Mañe G. Gil Mañe J. - Gonzales-Pinto Arrillaga A.M. - Lopez S. - Lopez-Garcia P. - Penzol M. - Ruiz Sanz F. - Sanchez Gonzales A. - Soriano A. - Tio J.

SUEDE : Björck C. - Carli V. - Forler K. - Hallerfors B. - Nystrom Agback M. - Odhammar F. - Owen G. - Söderström B. - Wasserman D.

SUISSE : Forestier A. - Michaud P.-A.

PAYS-BAS : Stiphout C. - Ooijen B.

UK : Anderson Y. - Badrick G. - Bond J. - Caan W. - Davis K.-L. - Dubicka B. - Edwards A. - Hodgekins J. - Homans H. - Kasinski K. - Lower R. Maxwell M. - Murguia Asensio S. - Page S. - Page E. - Rinaldi M. - Sharp H. - Taggart H. - Twin Z. - Versey V. - Vowden R. - Walker L. Wilson J. - Worrall A.

ADHD EUROPE : Bilbow A. - Clark S. - Norris J.

CPME : Beger B. - Das S. - Fjeldsted K.

EBC : Baker M. - Destrebecq F.

EPA : Salamon E. - Theiner J.

EPHA : Zenhausern N.

ESN : Halloran J. - Japing K. - Montero A.

EUFAMI : Fossion N. - Jones K.

EUN : Richardson J.

GAMIAN : Arteel P. - Montellano P.T

MHE : Lavis P.

MHF : McIntosh B.

UEMS : Hermans M.

OMS : Baltag V.



