

JOURNEE MONDIALE DE LA SANTE MENTALE 2003



TROUBLES AFFECTIFS ET COMPORTEMENTAUX DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

Programme Mondial D'éducation Pour La Sante Mentale de la
Federation Mondiale Pour La Sante Mentale

TABLE DES MATIÈRES

Lettre de la présidente honoraire de la Journée mondiale de la santé mentale: Mme Rosalynn Carter
Lettre de la présidente de la World Federation for Mental Health: L. Patt Franciosi, Ph. D.
Un Monde de remerciements

Section I: Troubles affectifs et comportementaux des enfants et des adolescents

- Introduction : Santé mentale des enfants et des adolescents : Troubles affectifs et comportementaux graves
- Abus d'alcool et d'autres drogues chez les adolescents
- Le Suicide des adolescents
- L'Anxiété chez les enfants : ce que doivent savoir les parents
- Hyperactivité avec déficit de l'attention (HADA)
- Autisme et autres troubles envahissants du développement
- Trouble bipolaire
- Les Enfants et les familles touchés par le VIH-sida
- La Dépression des enfants : ce que doivent savoir les parents
- Troubles de comportement perturbateur
- Troubles de comportement perturbateur chez les enfants : ce que doivent savoir les parents
- Troubles de l'alimentation
- Troubles de l'apprentissage
- Schizophrénie
- Manque de sommeil des enfants et des adolescents
- Tics convulsifs et maladie de Gilles de La Tourette
- Santé mentale des enfants et des adolescents : progrès de la recherche

Section II : Agir/Ce que vous pouvez faire

- Guide destiné à ceux qui s'occupent des jeunes enfants et à leurs enseignants
- Guide des citoyens pour promouvoir la mise en place d'une politique nationale de santé mentale des enfants et des adolescents
- Faire la publicité de vos manifestations
- Exemple de proclamation de la Journée mondiale de la santé mentale 2003
- Candidature de l'adhésion
- Formulaire de compte-rendu de la Journée mondiale de la santé mentale 2003

Section III : Renseignements de référence

- World Federation for Mental Health : profil
- Conseil de direction de la WFMH
- Comité international de conseillers scientifiques de la Journée mondiale de la santé mentale 2003
- Parrains de la Journée mondiale de la santé mentale 2003
- Une liste de sources intéressantes d'information supplémentaire sur la santé mentale des enfants et des adolescents

Fiches techniques complémentaires sur les Conflits, la Guerre, les Besoins de santé mentale des enfants réfugiés, les Enfants victimes de la traite et la Pneumonie atypique, à consulter sur le site Internet de la Journée mondiale de la santé mentale : www.wmhday.net



Journée mondiale de la santé mentale

Programme mondial d'éducation pour la santé mentale de la
FEDERATION MONDIALE POUR LA SANTE MENTALE



TROUBLES AFFECTIFS ET COMPORTEMENTAUX DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

Chers amis et amies,

Le thème de la Journée mondiale de la santé mentale 2003, « Les Troubles affectifs et comportementaux des enfants et des adolescents », fait suite à la campagne de l'an dernier, axée sur les effets des traumatismes et de la violence, dans le monde entier, sur le mieux-être mental et affectif des jeunes. Notre campagne, cette année, est tout aussi importante et arrive à point nommé, car trop peu d'attention et de ressources sont accordées à l'heure actuelle à l'étude et au traitement efficace des problèmes dont souffrent les enfants et les adolescents.

Selon l'Organisation mondiale de la santé, l'absence d'une santé mentale de qualité, dès les premières années de la vie, mènerait à des troubles mentaux avec des conséquences à long terme. Cette carence sape le respect des pratiques sanitaires exemplaires et restreint l'aptitude à la sécurité et à la productivité des sociétés. Selon certaines estimations, 20% des enfants et des adolescents, dans le monde entier, souffrent de maladies mentales handicapantes. Il est essentiel que nous joignons nos forces, professionnels de la santé mentale, défenseurs des droits, familles, décideurs, pour améliorer les soins et le traitement de nos enfants et de nos adolescents, pour amplifier la base de connaissances par le biais de la recherche et pour établir des politiques publiques éclairées, menant à une diminution sensible de la charge que constituent ces troubles mentaux.

Cette année, le dossier d'information de la campagne pour la santé mentale de la Journée mondiale vous offre une mine de renseignements, de ressources et de projets d'actions pour aborder ces questions importantes, dans vos communautés locales et dans tout le pays. J'espère que vous viendrez vous joindre aux autres organisations, de plus de 100 pays, pour marquer la Journée mondiale de la santé mentale 2003. Ensemble, nous pouvons sensibiliser le grand public quant aux besoins des enfants et des adolescents souffrant de troubles affectifs et comportementaux, encourager la prestation de services améliorés et faciles d'accès et promouvoir une action positive de la part des décideurs et des autorités nationales, afin d'améliorer la vie des jeunes, dans le monde entier.

Nous vous remercions tous et toutes de vos efforts ininterrompus.

Bien à vous,
Rosalynn Carter





World Federation for Mental Health *Federation Mondiale pour la Santé Mentale*

2001 North Beauregard Street, 12th Floor Alexandria, VA 22311 USA Tel: 703-838-7543 Fax: 703-519-7648 E-mail: info@wfmh.com

President

L. Patt Franciosi, PhD
4930 North Lake Drive
Milwaukee, WI 53217
USA

President-Elect

Shona Sturgeon, MSW
South Africa

Immediate Past President

Pirkko Lahti
Finland

Treasurer

Edward Pennington
Canada

Honorary Secretary

Janet Meagher, AM
Australia

Board Members At Large

Paulo Alterwain, MD
Uruguay

Maan A. Barry, PhD
Yemen

Chueh Chang, ScD
Taiwan

Anthony Fowke, AM
Australia

Brian Howard
Ireland

Beverly Long, MPH
USA

Janet Paleo
USA

Richard Studer
USA

Deborah Wan
Hong Kong

Regional Vice Presidents

AFRICA

Elizabeth Matare
Zimbabwe

EASTERN MEDITERRANEAN

Ahmed Abou El-Azayem, MD
Egypt

EUROPE

Leo de Graff
The Netherlands

MEXICO & CENTRAL AMERICA

Virginia Gonzalez Torres
Mexico

NORTH AMERICA & CARIBBEAN

Cynthia Wainscott
USA

OCEANIA

Peter McGeorge, MBChB
New Zealand

SOUTH AMERICA

Miguel R. Jorge, MD
Brazil

SOUTHEAST ASIA

Regina de Jesus
Philippines

WESTERN PACIFIC

Kazuyoshi Yamamoto, MD
Japan

At The United Nations

GENEVA

Stanislas Flache, MD

NEW YORK

Nancy E. Wallace, CSW

At The Secretariat

Secretary General/CEO
Preston J. Garrison

Senior Advisor for Programs
Richard C. Hunter

Senior Consultant
Eugene B. Brody, MD

Mailing Address

PO Box 16810
Alexandria, VA 22302-0810
USA

Jun 2003

Chers amis et participants de la Journée mondiale de la santé mentale,

Je suis ravi de vous présenter le dossier de la campagne pour la **Journée mondiale de la santé mentale 2003** de la World Federation for Mental Health, portant sur le thème de cette année : **Les Troubles affectifs et comportementaux des enfants et des adolescents**. Je vous suis reconnaissant de l'intérêt que vous portez à la Journée mondiale de la santé mentale et j'attends avec impatience d'en savoir davantage sur les activités accomplies pour marquer cette Journée dans votre communauté.

La promotion de l'amélioration des services pour les enfants et les adolescents, et en faveur d'une politique publique éclairée afin de situer les besoins des enfants à titre de priorité, a constitué une grande partie de ma carrière dans le domaine de la santé mentale, tant à titre de bénévole qu'à titre professionnel. L'on entend souvent que « l'avenir de notre société est tributaire de la santé et du bien-être de nos enfants ». Toutefois, ces hautes aspirations sont rarement appuyées par une politique publique ou l'affectation de ressources adéquates pour garantir aux familles et aux communautés les soins et l'appui nécessaires au développement mental, physique et social sain des jeunes. À l'évidence, il nous reste beaucoup à faire dans le domaine de la santé mentale pour garantir la disponibilité des services et des programmes indispensables de promotion, prévention et traitement, pour chaque enfant qui en aura besoin, dans toutes les communautés et dans tous les pays du monde.

Vos initiatives de sensibilisation, d'éducation et de promotion de la Journée mondiale de la santé mentale 2003 sont extrêmement importantes pour atteindre notre but : assurer la promotion de la santé mentale et mettre à disposition des enfants qui en auront besoin les services et les programmes de prévention et de traitement. Je vous félicite de ce travail important. J'espère que les documents inclus dans le dossier de campagne de cette année vous seront utiles pour préparer et réaliser vos manifestations de la campagne de la Journée mondiale de la Santé mentale. N'hésitez pas à nous contacter, à la WFMH, si nous pouvons vous apporter notre aide.

Bien à vous,
L. Patt Franciosi
Président

Conseil de direction de la WFMH

Honorary President - Tsung Yi Lin, MD - Canada

An international non-governmental organization in Consultative Status to the United Nations and its specialized agencies

The Federation is a not-for-profit 501 (c) (3) organization

UN MONDE DE REMERCIEMENTS

Le moment est à nouveau venu de nous préparer à la Journée mondiale de la santé mentale, une campagne mondiale d'éducation sur la santé mentale. La World Federation for Mental Health se félicite des nombreuses activités et manifestations prenantes prévues et réalisées par les organisations, les groupements et les particuliers, dans le monde entier, pour célébrer la Journée mondiale de la santé mentale 2002, intitulée « *Les Incidences des traumatismes et de la violence sur les enfants et les adolescents* ». Nous apprécions vivement l'engagement et le zèle dont vous avez fait preuve depuis dix ans envers la Journée mondiale de la santé mentale et nous vous encourageons à poursuivre vos initiatives en 2003.

Le thème de la Journée mondiale de la santé mentale 2003, « *Les Troubles affectifs et comportementaux des enfants et des adolescents* », a été choisi afin d'attirer l'attention et les efforts de promotion, dans le monde entier, sur les effets dévastateurs des troubles mentaux et affectifs graves sur les enfants et les adolescents, dans tous les pays, ainsi que le besoin pressant d'assurer la promotion d'une politique publique éclairée, d'amplifier la disponibilité des services de traitement, d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies de prévention efficaces, afin de diminuer les souffrances des enfants et de leurs familles.

Le dossier de la campagne 2003 comprend de nouvelles ressources qui vous sont destinées pour diffuser les informations de sensibilisation sur ce thème important et en faciliter encore davantage l'utilisation pour les éducateurs de la santé mentale, les parents, les enseignants et les défenseurs des droits, dans le domaine de la santé mentale. La WFMH lance également un nouveau site sur Internet consacré à la Journée mondiale de la santé mentale, www.wmhd.net, qui contiendra des documents et des informations, mis à jour à intervalles réguliers, ayant trait au thème de la campagne.

La WFMH présente ses remerciements et exprime sa gratitude à tous ceux qui ont pris part à la préparation de la campagne d'éducation mondiale sur la santé mentale de la Journée mondiale de la santé mentale 2003. L'engagement fidèle de notre présidente honoraire, Mme Rosalynn Carter, fait l'objet de notre vive reconnaissance et nous accueillons le professeur John Copeland (R.-U.) à la présidence du comité de la Journée mondiale de la santé mentale de la WFMH, qui succède au Dr L. Patt Franciosi qui prend la présidence de la WFMH.

Nous remercions chaleureusement la rédactrice scientifique du dossier d'information de la campagne 2003, Mme Robin Perth-Pierce, ainsi que nos rédacteurs qui ont contribué des documents sur divers sujets de la santé mentale, notamment les conséquences des conflits, traumatismes et violence, ainsi que les besoins dans le domaine de la santé mentale des enfants réfugiés : Elen R. Mercer, Thad Rydberg et Dennis Hunt. Nous remercions également nos homologues, les organisations qui ont aimablement fourni des informations et nous ont accordé leur autorisation pour que nous puissions nous servir de leurs excellents documents, en les adaptant parfois, sur les sujets inclus dans le thème de cette année : Centre for Mental Health of the Health Department of New South Wales (AU), American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (US), National Institute of Mental Health (US), Australian Centre on Posttraumatic Mental Health (AU), Federation of Families for Children's Mental Health, Department of Health d'Afrique du Sud et Transcultural Mental Health Centre (SA). Tous les ans, la WFMH a eu l'heur de réunir un groupe indéfectible de conseillers internationaux, qui ont apporté leur soutien et leurs recommandations à la préparation des documents de la campagne. Nous remercions plus particulièrement les Dr Myron Belfer, Dr Peter Jensen, Dr Eve Moscicki, Dr John Fayyad et le professeur Brian Robertson de leur assistance.

Nous souhaitons également remercier de leurs efforts les collaborateurs de la WFMH, nos traductrices et plusieurs membres du conseil de direction de la WFMBH, Regina de Jesus (Philippines), Dr Chueh Chang (Taiwan) et Elizabeth Matare (Zimbabwe), qui ont passé en revue les projets des documents pour s'assurer de leur utilité pour leurs régions. Le généreux apport financier de nos parrains nous permet de réaliser la campagne mondiale d'éducation sur la santé mentale, tous les ans, de la Journée mondiale de la santé mentale. En 2003, à nouveau, *Janssen Cilag* maintient son investissement à titre de principal sponsor de notre projet et se joignent à ses côtés *AstraZeneca*, *Eli Lilly and Company* et *Otsuka America* pour appuyer cet effort. Nous remercions également les parrains qui contribuent aux activités nationales et locales de la Journée mondiale de la santé mentale, aux quatre coins du monde.

Pour conclure, la WFMH remercie les organisations, les gouvernements et les particuliers qui prennent part, sans discontinuer, chaque année, à la Journée mondiale de la santé mentale. L'avenir du projet repose sur vous et sur les excellentes manifestations qui se déroulent dans le monde entier. Vos efforts inlassables constituent la clef de la croissance du projet de la Journée mondiale de la santé mentale. Nous vous présentons tous nos vœux de réussite constante dans ces travaux importants et nous attendons avec impatience de vos nouvelles!

Section I: *Troubles Affectifs et Comportementaux des Enfants et des Adolescents*

- Introduction : Santé mentale des enfants et des adolescents : Troubles affectifs et comportementaux graves
- Adolescent Substance Abuse
- Abus d'alcool et d'autres drogues chez les adolescents
- Le Suicide des adolescents
- L'Angoisse chez les enfants : ce que doivent savoir les parents
- Hyperactivité avec déficit de l'attention (HADA)
- Autisme et autres troubles envahissants du développement
- Trouble bipolaire
- Les Enfants et les familles touchés par le vih-sida
- La Dépression des enfants : ce que doivent savoir les parents
- Troubles de comportement perturbateur
- Troubles de comportement perturbateur chez les enfants : ce que doivent savoir les parents
- Troubles de l'alimentation
- Troubles de l'apprentissage
- Schizophrénie
- Manque de sommeil des enfants et des adolescents
- Tics convulsifs et maladie de Gilles de La Tourette
- Santé mentale des enfants et des adolescents : progrès de la recherche

INTRODUCTION

SANTÉ MENTALE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS : TROUBLES AFFECTIFS ET COMPORTEMENTAUX GRAVES

Les enfants de notre planète font face à de nombreuses menaces : l'image d'enfants heureux, riant, pleins d'espoir pour l'avenir n'est bien souvent qu'un rêve pour de nombreux enfants et leurs familles. Les gageures sont nombreuses, tant physiques que psychologiques. Une bonne santé physique et mentale permet aux enfants de se frayer une voie dans le monde complexe auquel ils sont confrontés. Une bonne santé mentale trouve ses racines à la petite enfance, à partir des attaches entre les nourrissons, leurs parents ou ceux qui leur dispensent des soins et elles constituent la base de la confiance¹. Le contexte sociétal et familial de leur développement constitue un élément essentiel d'une santé mentale stable. Ce que nous prenons pour acquis dans les pays occidentaux, industrialisés et plus développés ne peut être considéré comme assuré dans les pays en développement, ou dans les pays victimes de conflits, de la famine et de maladies. Pour nombre d'enfants de notre planète, souffrant de graves troubles affectifs et comportementaux, s'acquitter des tâches quotidiennes, nouer des amitiés et faire partie intégrante de la société, constituent des difficultés suprêmes. Trop souvent, les enfants et les adolescents victimes de troubles mentaux doivent affronter stigmatisation et discrimination.

“La santé mentale des enfants et des adolescents est importante, dans le monde entier, dans toutes les cultures et toutes les races, sa qualité est importante, de la petite enfance, à l'enfance et à l'âge adulte. Reconnaître et traiter les troubles affectifs et comportementaux graves des enfants et des adolescents doivent constituer une priorité dans tous les pays, pour que les jeunes, et les sociétés dans lesquelles ils vivent, accomplissent pleinement leur potentiel.”

*L. Patt Franciosi, PhD
Président, conseil d'administration de la
WFMH*

Incidence des troubles affectifs et comportementaux graves des enfants et des adolescents

Près de 20% des enfants et des adolescents du monde entier souffrent d'une maladie mentale handicapante et un traitement est indiqué pour 3 à 4% d'entre eux⁵. La santé mentale des enfants et des adolescents subit l'influence du déracinement que provoquent les guerres et les catastrophes, le stress subi par leurs familles, l'adversité économique, les restrictions imposées aux droits des enfants en matière d'accès à l'éducation et à la santé et celles imposées aux femmes de leur société qui élèvent ces enfants. Pour les nombreux enfants qui sont confrontés à un avenir incertain, y compris les orphelins des guerres ou du sida, et ceux qui ont subi le traumatisme de catastrophes naturelles, le fardeau de troubles affectifs et comportementaux graves rend leur vie encore plus ardue⁴.

À l'échelon mondial, les enfants et les adolescents ont de nombreux besoins en termes de santé mentale. Le suicide des jeunes constitue un problème de santé mentale, mondial et intense: il s'agit de la troisième cause de décès chez les adolescents. La toxicomanie chez les adolescents est également un problème planétaire. De nombreux enfants, qui vivent dans les conflits ou qui subissent les séquelles des désastres naturels, sont victimes de troubles de stress post-traumatique^{3,7}. Non seulement ces troubles affectifs et comportementaux touchent une grande partie de la population mondiale, mais en outre leurs effets sont intenses et onéreux. Certains éléments le prouvent aujourd'hui, les troubles de l'enfance trouvent leur continuité dans les troubles psychiatriques à l'âge adulte^{3,11}. Le coût financier, pour la société, des conséquences de troubles non traités, est aujourd'hui avéré¹². Certains troubles, par exemple les troubles de l'alimentation, deviennent prévalents et observables dans certaines cultures.⁸

Le fardeau des troubles affectifs des enfants et des adolescents, ressentis le plus profondément par leurs familles et leurs amis, a également des incidences sur les systèmes sociétaux, notamment, sans toutefois s'y limiter, la santé, l'éducation, les services sociaux et la justice pour les jeunes. Les coûts connexes d'une santé mentale vacillante et des troubles mentaux comprennent la non-participation au système éducatif, la non-productivité et la dépendance pour séquelle, la participation à la délinquance, la toxicomanie, l'incapacité de bénéficier de la réinsertion et des comorbidités¹². Ces troubles, s'ils ne sont pas traités, laissent des marques indélébiles dans leur sillage et érodent les capacités sociétales de sécurité et de productivité⁴.

Incidence du vih-sida sur les enfants

Dans 26 pays d'Afrique, le nombre d'orphelins, quelle qu'en soit la cause, doublera et davantage encore d'ici 2010, dont 't la moitié en raison du sida. D'ici 2010, quarante millions d'enfants, dans 23 pays en développement, seront orphelins d'un ou de père et de mère, soit l'équivalent de l'entière population d'enfants et d'adolescents des Etats-Unis⁶.

Troubles mentaux des enfants et des adolescents : domaines de préoccupation

Cette année, la World Federation for Mental Health (WFMH), dans le cadre de la célébration de la Journée mondiale de la santé mentale 2003, souhaite sensibiliser le grand public, dans le monde entier, aux troubles affectifs et comportementaux graves des enfants et des adolescents. La WFMH vous propose ce dossier d'information pour vous aider dans vos efforts d'éducation et d'information autour de vous sur ces troubles. Vous y trouverez des fiches d'information sur les troubles affectifs et comportementaux graves des enfants et des adolescents, ainsi que des renseignements sur l'établissement d'une politique nationale de la santé mentale des enfants et des adolescents, détaillée dans le *GUIDE DES CITOYENS POUR PROMOUVOIR LA MISE EN PLACE D'UNE POLITIQUE NATIONALE DE SANTÉ MENTALE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS*.

Les troubles figurant ci-dessous, suivis d'un astérisque, constituent selon l'OMS (Organisation mondiale de la santé) des domaines prioritaires de préoccupation, en raison de leur prévalence et/ou de leur potentiel d'invalidité, des possibilités thérapeutique de rétablissement, notamment au niveau des soins de santé primaires et de leurs conséquences sanitaires à longue échéance.⁴

- Syndrome d'Asperger
- Troubles d'hyperactivité/déficit de l'attention *
- Maladie affective bipolaire
- Enfants touchés par le vih-sida
- Troubles de comportements perturbateurs
- Syndrome de Tourette ou tics*
- Faire face aux traumatismes, à la violence, à la guerre
- Troubles dépressifs *
- Troubles anxieux*
- Autisme
- Troubles de l'alimentation*
- Troubles de l'apprentissage *
- Toxicomanie *
- Suicide des adolescents *

Prévalence de troubles affectifs et comportementaux graves des enfants et des adolescents, dans le monde entier

Dans les pays du monde entier, la manière dont les troubles mentaux sont diagnostiqués varie. Tout diagnostic doit, à l'évidence, tenir compte de la culture dans laquelle les enfants sont élevés, sans oublier la migration des enfants à l'étranger. Ce qui peut sembler possible à diagnostiquer dans un pays ou une société peut sembler être un comportement normal ou simplement d'adaptation dans un autre⁴. Il existe certes de bonnes données sur l'incidence des troubles affectifs et comportementaux graves dans les pays non occidentaux, mais ces données ne sont pas nécessairement comparables entre elles en raison, surtout, de la manière dont elles sont recueillies selon les pays. Toutefois, les données recueillies jusque-là démontrent l'énormité potentielle de ces problèmes dans le monde entier, comme l'indique le tableau 1¹⁰. Là encore, ces données ne sont pas forcément comparables entre elles, mais elles sont présentées pour dresser le tableau de l'ampleur potentielle des problèmes dans les différents pays.

**Tableau 1. Taux de prévalence
*Troubles affectifs et comportementaux graves des enfants et des adolescents : pays divers**

<u>Pays</u>	<u>Prévalence</u>
U.S.A ⁹	18-22%
Nouvelle Zélande ⁹	22%
Puerto Rico ⁹	18%
Canada ⁹	18%
Finlande ¹⁰	15%
Suède ¹⁰	17%
Grèce ¹⁰	39%
Japon ¹⁰	12%
Inde ¹⁰	7-20%
Chine ¹⁰	7%
Gaza (anxiété uniquement) ¹⁰	21%
Soudan, Philippines et Colombie ¹⁰	12-29%

*Il convient de noter que les données ne sont pas nécessairement comparables entre les divers pays : elles représentent des groupes d'âge différents, des périodes différentes et la catégorie des "troubles affectifs et comportementaux graves" ne se compose pas des mêmes troubles, selon les pays."

Par exemple, le taux de troubles psychiatriques chez les enfants (de 4 à 12 ans) en Inde, se situe entre 7 et 20%. Au Soudan, aux Philippines et en Colombie, selon les données, 12 à 29% des enfants (de 5 à 15 ans) souffrent de troubles mentaux. Á Gaza, 21% des enfants d'âge scolaire souffrent de troubles anxieux, ce qui est comparable aux chiffres des sociétés occidentales. Dans la région du Pacifique Ouest, 7% des enfants en Chine, 12% des enfants au Japon et 19% des enfants en Corée, selon les comptes-rendus, souffrent d'un trouble mental ou de la dépendance, pouvant être diagnostiqués, et d'un handicap minimal au moins. En Europe, la prévalence des troubles mentaux varie : 15% en Finlande (enfants de 8 à 9 ans), 17% en Suède (enfants de 11 à 13 ans) et 39% en Grèce (enfants de 12 à 15 ans). Dans l'ensemble, les troubles mentaux touchent quelque 10 à 20% de jeunes dans le monde entier. Les troubles mentaux représentent 5 des dix principales causes d'invalidité dans le monde chez les enfants de 5 ans et plus.¹⁰

Traiter les troubles affectifs et comportementaux graves

L'espoir existe pour les nombreuses familles, dans le monde entier, dont les enfants ou les adolescents souffrent de troubles affectifs et comportementaux graves. Le dialogue et les études doivent se poursuivre en ce qui concerne les interventions les plus utiles visant à traiter les troubles affectifs et comportementaux graves des enfants. Quels sont les enseignements à retenir des cultures non occidentales ? Quels sont les traitements qui sont opérants dans les communautés éloignées de la société en vue ? Quel est le rôle que pourraient jouer les programmes fondés sur la religion et la foi ? Quelle sont la précocité et la durée putatives d'un traitement?

Le débat sur la prescription de médicaments pour traiter les jeunes enfants se poursuit et quelques médicaments seulement ont été spécifiquement approuvés par les autorités publiques pour le traitement des enfants et des adolescents. Toutefois, des éléments probants signalent l'avantage que présentent certains médicaments pour certains troubles. Pour un grand nombre de troubles, le conjugaison de médicaments et de thérapies permet d'atténuer certains symptômes. Au tableau 2 figure le récapitulatif des divers

TABLEAU 2. Interventions thérapeutiques concernant les troubles mentaux prioritaires des enfants et des adolescents⁴

	Psycho thérapie	Thérapie cognitivo-comp ortementale	Thérapie psychophar macologique	Thérapie familiale	Intervention scolaire	Orientation et conseil	Interventions spécialisées	Autres
Troubles de l'apprentissage					X	X		X
Trouble hyperkinétique / HADA			X*					
Tics		X	X	X				
Dépression ou comportements suicidaire	X	X	X*	X				
Psychoses			X		X		X	
Schizophrénie			X	X				

traitements recommandés pour plusieurs troubles mentaux des enfants et des adolescents. À l'évidence, de nouveaux traitements prometteurs ont été mis au point, mais il reste encore à faire pour les adapter ou pour les développer, en collaboration avec les communautés où ils sont réellement nécessaires.

Surmonter les obstacles entravant les soins dans les pays développés et en développement

En dépit de l'existence d'interventions efficaces relatives aux soins des enfants et des adolescents souffrant de troubles mentaux, une énorme proportion d'entre eux n'ont pas accès aux soins. Les obstacles entravant les soins sont manifestes dans les pays développés et les pays en développement : la récession économique des pays développés et la concurrence relative aux ressources financière dans les pays en développement, ont une incidence profonde et disproportionnée sur les services de santé mentale⁴. En outre des carences de ressources affectées à la santé mentale, il existe plusieurs autres obstacles:

- Stigmatisation (à l'échelon local, national et international)
- Manque de moyens de transport
- Incapacité de communication effective dans la langue maternelle du malade
- Absence d'informations générales sur les troubles mentaux des enfants et des adolescents

Dans le monde entier, des efforts sont déployés pour éliminer ces obstacles et pour améliorer le traitement des enfants souffrant de troubles affectifs et comportementaux graves. Qu'il s'agisse de la création d'organisations non gouvernementales (ONG) consacrées aux soins des malades dont les besoins en

Dans de nombreux pays en développement, les enseignants et les travailleurs sociaux jouent un rôle important dans l'identification, et parfois même, la prestation de services aux enfants et aux adolescents souffrant de troubles mentaux. Les symptômes d'anxiété et de dépression sont souvent interprétés comme étant de la méchanceté, de la paresse ou un désir d'attirer l'attention sur soi, dans les communautés disposant de peu d'information sur les troubles affectifs et comportementaux graves des enfants. La World Federation for Mental Health (WFMH) espère que les renseignements trouvés dans ce dossier permettront de mieux faire comprendre les troubles affectifs et comportementaux graves des enfants et de proposer des ressources aux fins d'information sur l'identification, la prévention et le traitement de ces troubles.

matière de santé mentale ne sont pas remplis par les institutions existantes (Afrique du Sud), ou la mise au point d'équipes de santé mentale « volantes »(Allemagne), de nombreuses solutions novatrices sont adoptées par les pays du monde entier.⁴

Quelques exemples d'initiatives novatrices visant à surmonter les obstacles entravant les soins de santé mentale pour les enfants et les adolescents

Allemagne

Un Service mobile de santé mentale des enfants

À Marburg (Allemagne), une équipe de trois professionnels (un psychiatre pour enfants, un psychologue et une assistance sociale) se rendent dans les différentes villes et les villages, en voiture, pour tenir des consultations, consacrées à trois tâches:

- Le suivi des malades auparavant hospitalisés;
- De nouvelles consultations psychiatriques, sur place; et
- L'encadrement des institutions pour enfants.

Des services analogues ont été mis au point en Thaïlande.

Liban

Création d'une ONG pour les enfants souffrant de troubles hyperkinétiques

Les professionnels locaux de la santé mentale ont aidé les parents d'enfants souffrant d'HADA à former une ONG: l'Association libanaise de l'HADA. En collaboration avec des psychiatres et des psychologues pour enfants et pour adolescents, cette association se charge de sensibiliser le grand public sur l'HADA, dans les écoles et parmi les ONG qui s'occupent des enfants. Elle fait également la promotion des droits des enfants et des adolescents souffrant d'HADA, afin que leurs besoins scolaires éducatifs soient reconnus en milieu scolaire et au niveau des autorités nationales.

Bulgarie

Adaptation à la transition socioéconomique

Au cours de la période dite de transition, en Bulgarie, il s'est révélé difficile de transférer de nouvelles expériences et connaissances en matière de santé mentale et de psychiatrie enfantines, pour en faire des structures stables. Les mesures suivantes ont été les plus couronnées de succès:

1. Création d'une institution modèle, type, de santé mentale des enfants, avec l'aide de la faculté de médecine bulgare. Une institution et un programme modèles ont été mis au point, grâce au financement d'ONG extérieures et avec l'aide d'experts conseil.
2. Création d'un modèle organisationnel, adapté à la culture et aux antécédents de santé locaux, avec une stabilité garantie. Les éléments suivants ont été relevés, de 1997 à 2000:
 - Médecine fondée sur l'expérience clinique
 - Évaluation des activités
 - Séparation des phases diagnostic et thérapie
 - Participation obligatoire des familles
 - Collaboration avec les communautés
 - Création de liens de réciprocité entre les écoles et les généralistes.
3. Multiplication du nouveau modèle, à l'extérieur de Sofia, en 2001-2002

Un atelier destiné aux organisations, comprenant des représentants de l'Etat, des autorités financières, des autorités locales et d'experts conseil invités, a animé ce processus. En outre, l'on relève les éléments suivants:

- Des programmes d'éducation continue ayant trait au nouveau modèle;
- Une coopération avec les médias, à l'extérieur de Sofia;
- Un mouvement favorable, de promotion, de l'association professionnelle des psychiatres pour enfants et de professionnels connexes, en faveur du développement de centres de santé régionaux; et
- Une promotion en faveur du développement de nouveaux financements, des autorités locales et financières, concernant de nouvelles installations spécialisées.

Deux institutions modernes ont été créées, loin de Sofia, et ce, en dépit des difficultés financières que connaît la Bulgarie. La campagne de promotion de nouvelles normes a été accélérée grâce au nouveau modèle.

Afrique du Sud

Un lieu de guérison

Le projet d'Empilweni ou « lieu de guérison » a été créé en 1994, à Khayelitsha, une collectivité locale informelle, de 500.00 habitants, au Cap en Afrique du Sud. À la suite d'une étude épidémiologique de 1993, selon laquelle 64% des enfants (de 6 à 16 ans) souffraient au moins d'un problème psychosocial, l'université du Cap a lancé cette initiative. Les dispensaires de soins primaires, locaux, sont surchargés et ne peuvent prendre en charge efficacement les enfants souffrant de problèmes psychosociaux, cette nouvelle initiative habilite la communauté à prendre en charge les problèmes de santé mentale de ses habitants, grâce à la formation et à l'appui offerts par les professionnels de la santé mentale, à l'université. En fait, le projet est un service de santé mentale, communautaire, ambulatoire, doté d'assistantes sociales, de laïcs locaux, qui ont reçu une formation expérimentale à partir de cas réels. Ces collaborateurs sont chargés de la gestion des dossiers, des conseils et de l'orientation individuelle, collective, parentale et familiale. Un psychologue clinique assure une supervision hebdomadaire et une assistante sociale qualifiée est en poste au Centre. Un psychiatre pour enfants offre des consultations et, le cas échéant, aiguille les enfants. Toutefois, la majorité des problèmes sont traités par les agents communautaires eux-mêmes. Les parents et les professionnels communautaires sont informés et formés aux problèmes de santé mentale des enfants par le biais de visites à domicile, à l'école et dans les organismes, des ateliers et la diffusion d'informations, sous forme de prospectus ou par la radio communautaire. Citons les problèmes les plus courants gérés par le projet : sévices sexuels, comportement antisocial (trouble du comportement) et les répercussions du vih-sida. Selon une évaluation de 1997, ce centre communautaire offre des options de substitution économiques, accessibles et appropriées par rapport aux systèmes professionnels de santé mentale. En outre, ses buts ont été largement atteints, d'où un financement renouvelé.

Améliorer l'avenir de nos enfants et de nos adolescents : que peut-on faire ?

Au niveau mondial, des initiatives sont engagées pour améliorer l'identification et le traitement des troubles affectifs et comportementaux graves des enfants et des adolescents. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a axé son attention sur les domaines suivants en vue du développement des soins des enfants souffrant de troubles mentaux graves.

- **Faire de la santé mentale une priorité mondiale:** il convient d'incorporer en bonne et due forme les troubles mentaux des enfants et des adolescents dans toutes les initiatives ayant trait à la santé générale et à la santé mentale.
- **Établir un plan d'action :** une planification globale de la santé mentale des enfants et des adolescents doit appuyer une *démarche équilibrée en matière de soins*, en ayant recours à *tous les moyens de traitement appropriés*, où les priorités sont centrées sur une aide aux autorités de santé mentale quant aux plans nationaux, la documentation des effets économiques et individuels des troubles de santé mentale et l'identification des pratiques exemplaires et leur diffusion.
- **Compilation des connaissances spécialisées dans un index public:** il conviendrait que les spécialistes de la santé mentale des enfants et des adolescents et les centres d'excellence possédant des connaissances spécialisées en la matière soient identifiés, à l'échelon national et régional.
- **Recours à l'Internet pour diffuser les informations:** des sites et pages interactifs, de haute qualité, sur Internet, constitueraient le point focal mondial de la diffusion des informations pouvant servir aux ministres de la Santé et autres parties concernées en matière de pratiques exemplaires, de résultats de recherches, de données économiques et épidémiologiques et de ressources consultatives.

A l'échelon local, vos efforts d'éducation et de promotion sont importants. Vous trouverez dans ce dossier d'information le *GUIDE DES CITOYENS POUR PROMOUVOIR LA MISE EN PLACE D'UNE POLITIQUE NATIONALE DE SANTÉ MENTALE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS* qui comprend des stratégies de promotion d'une politique nationale de la santé mentale des enfants et des adolescents. En bref, ces stratégies comprennent:

L'information = le pouvoir

Connaître les besoins en matière de santé mentale de vos enfants et de vos adolescents: il est nécessaire de posséder une connaissance approfondie des besoins de santé mentale des enfants et des adolescents dans votre pays, la manière dont ces besoins sont remplis, les lacunes qui existent dans le système actuel de santé mentale, le climat politique et économique du pays et vos alliés potentiels au sein du gouvernement et des organisations non gouvernementales, afin de pouvoir organiser et produire une initiative de promotion couronnée de succès.

Création de partenariats

Établir une équipe et lancer une collaboration: l'organisation d'une initiative nationale de promotion d'une politique publique ne peut rester la tâche d'une seule personne, ni d'une seule organisation. La création d'une nouvelle politique nationale ou le perfectionnement de politiques existantes exige une collaboration sur une base large, avec de nombreux ayants droit : parents, professionnels, organismes de prestataires publics et privés, organisations non gouvernementales et décideurs.

Planification adéquate

La planification se situe au cœur des initiatives de promotion de politique publique, couronnées de succès: il s'agit de produire les connaissances, de créer des partenariats et surtout, de rassembler les administrés communautaires au cours des étapes cruciales du processus de campagne, puis faire entendre les voix collectives des parents, des professionnels et des citoyens intéressés, auprès des responsables officiels aux postes décisionnels.

Persévérance

La persévérance porte ses fruits: des efforts persévérants et un travail d'arrache-pied sont exigés pour produire une nouvelle politique nationale de santé mentale. Les militants, qui obtiennent des résultats, comprennent que leur thème n'est pas toujours le plus important auquel les législateurs aient affaire, que les pressions économiques, sociales et politiques vont parfois à l'encontre des objectifs de l'initiative, ou encore qu'il leur faut établir une coalition sur une large base communautaire, suffisamment solide, pour inscrire leur thème à l'ordre du jour des décideurs pour en assurer le succès. La persévérance est l'aptitude à rester engagé quant aux buts de l'initiative, à maintenir et renforcer la coalition et poursuivre les tâches difficiles d'éducation et de persuasion des décideurs principaux quant à la nécessité et à l'importance des buts et objectifs de la coalition.

L'avenir : perspectives futures

L'avenir de l'exercice professionnel dans le domaine de la santé mentale des enfants, dans les pays en développement, est tributaire de la croissance économique, des connaissances concernant les questions de santé mentale des enfants et des adolescents et de la régression de la stigmatisation. Les efforts novateurs des pays cités ci-dessus doivent être appuyés et d'autres initiatives doivent être lancées. Il existe certes parfois peu de ressources dans de nombreux pays, par exemple peu de psychiatres pour enfants et adolescents, mais l'on peut fournir des services de santé mentale des enfants et des adolescents de bien d'autres manières. Il convient que le recours aux ONG, la formation de bénévoles et d'homologues, le recours aux médecins généralistes pour identifier et traiter ces troubles, ainsi que la participation des familles et des communautés à la planification des programmes de santé mentale des enfants et des adolescents, soient le point de mire des efforts à l'avenir. Nous vous remercions de vos efforts dans ce domaine et espérons collaborer avec vous à l'avenir pour faire de la santé mentale de qualité une priorité pour les enfants et les adolescents du monde entier.

Références

- ¹The National Research Council and the Institute of Medicine (2000). *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development. Jack P. Shonkoff and Deborah A. Phillips, eds. Board on Children, Youth, and Families, Commission on Behavioural and Social Sciences Education. Washington, D.C.: National Academy Press.
- ²The Child Mental Health Foundations and Agencies Network (2001). *A Good Beginning: Sending America's Children to School with the Social and Emotional Competence They Need to Succeed*. Chapel Hill: University of North Carolina, FPG Child Development Center.
- ³Sack W., Him C. Dickason, D. (1999). Twelve-year follow-up study of Khmer youths who suffered massive war trauma as children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 38(9):1173-1179.
- ⁴The World Health Organization (WHO), Department of Mental Health and Substance Dependence. *Caring for Children and Adolescents with Mental Disorders: Setting WHO Directions*. Genève, 2003.
- ⁵ Organisation mondiale de la santé : The World Health Report 2001. Genève, Suisse, 2001.
- ⁶Foster, G (2002). Supporting community efforts to assist orphans in Africa. *New England Journal of Medicine* 346(24):1907-1910.
- ⁷Hsu, C.C., Chong, M.Y., Yang, P., et al (2002). Posttraumatic stress disorder among adolescent earthquake victims in Taiwan. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41(7):875-881.
- ⁸Becker, A.E.(1995). *Body, Self, and Society: A View from Fiji*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- ⁹Rapael, B. (2000). Promoting the Mental Health and Wellbeing of Children and Young People. Discussion Paper: Key Principles and Directions. National Mental Health Working Group. Department of Health and Aged Care, Canberra.
- ¹⁰Shatkin, J.P. and Belfer, M.L. (2003). The global absence of child and adolescent mental health policy. En cours d'impression.
- ¹¹Weissman, M.M., Wolk, S., Goldstein, R.B., et al. (1999). Depressed adolescents grown up. *Journal of the American Medical Association*. 281(18):1701-1713.
- ¹²Scott, S., Knapp, M, Henderson, J., et al. (2001). Financial cost of social exclusion: follow-up study of anti-social children into adulthood. *British Medical Journal* 322:191-195.



Abus d'alcool et d'autres drogues chez les adolescents

Abus d'alcool et d'autres drogues chez les adolescents

En arrivant à l'adolescence, les jeunes recherchent leur indépendance et prennent des risques, essaient les stupéfiants, l'alcool ou les cigarettes. Pour certains adolescents, l'abus d'alcool et d'autres drogues est un moyen « d'automédication ». Ils sont peut-être déprimés ou angoissés, leur monde les a peut-être négligés, abusés, rejetés, affamés, ou peut-être leurs parents sont eux-mêmes toxicomanes. Certains d'entre eux ont recours à l'alcool, au tabac ou aux drogues pour faire comme leurs amis et camarades.

L'abus de substances chez les adolescents est aujourd'hui reconnu comme étant un problème de santé publique². Depuis un siècle, nombre de

facteurs sociaux, économiques et politiques ont contribué à la propagation mondiale de l'abus de substances, drogues ou alcool¹; les substances illégales sont davantage disponibles aujourd'hui en raison des progrès de la technologie, des transports et des communications. Dans les sociétés occidentales en particulier, les adolescents sont bombardés de publicités pour l'alcool et les cigarettes. La consommation d'alcool, de tabac et d'autres drogues a une incidence sur la vie de nombreux adolescents, dans le monde entier. L'abus de substances constitue un facteur grave contribuant aux accidents, aux suicides, à la violence, aux grossesses indésirables et aux maladies transmissibles sexuellement (notamment le VIH-sida) chez les jeunes, dans de nombreux pays⁴.

La toxicomanie est un problème mondial avéré, mais l'on connaît moins les statistiques chez les jeunes à cet égard, dans le monde entier, car il est difficile de recueillir ces données. Dans certains

Quelques données concernant l'abus d'alcool et d'autres drogues chez les adolescents⁴

Tabac	Dans le monde entier, sur les 300 millions de jeunes fumeurs, 150 millions mourront de causes liées au tabagisme, au cours de leur vie adulte.
Alcool	Plus jeune est le buveur, plus les risques d'alcoolisme à l'âge adulte sont grands.
Stupéfiants	A l'heure actuelle, la consommation de stupéfiants chez les jeunes indique un schéma tendant aux stupéfiants injectables. Dans le monde, 5 à 10% des nouveaux cas de VIH se situent parmi les utilisateurs d'aiguilles hypodermiques.
Substances inhalées	Les adolescents ont recours aux substances abordables et faciles à obtenir.

pays, par exemple, certaines substances ne sont pas reconnues comme étant des substances toxiques (produits à inhaler) ou encore il n'existe pas de délimitations claires entre la définition de la simple consommation et de l'abus. Il est également difficile de comparer les données entre cultures, car les schémas d'utilisation doivent être considérés dans le contexte culturel dans lequel ils se déroulent et ces schémas ne sont pas nécessairement comparables. L'Organisation mondiale de la santé a récemment actualisé ses recommandations concernant le recueil de données sur la toxicomanie, dans le monde entier (http://www.who.int/substance_abuse/PDFfiles/EPI_GUIDE_A.pdf)

Quelles substances font l'objet d'abus, chez les adolescents, de nos jours?

En dehors de l'alcool et des cigarettes, les adolescents abusent de nombreuses substances. Les données ci-dessous² présentent une vue d'ensemble des types de drogues consommées dans le monde entier:

- Les substances à inhaler sont consommées principalement dans les économies pauvres: au Brésil 25% des enfants et des adolescents de 9 à 18 ans consomment des substances à inhaler.
- Le khat (produit une euphorie et un énervement légers), s'il est conjugué "à d'autres substances psychoactives, peut mener à la psychose. Le khat est consommé en Afrique de l'Est et au Moyen Orient, par les enfants, à partir de 10 ans.
- Au Nigeria, l'héroïne est peu onéreuse et sa consommation aujourd'hui n'est plus réservée aux communautés aisées, minoritaires, mais s'est propagée chez les jeunes hommes, marginalisés et chômeurs.
- Chez les jeunes de 16 à 29 ans, au Royaume-Uni, l'on signale 14% de drogués aux amphétamines et 6% au MDMA.
- Au Liban, 9% des lycéens et des étudiants ont essayé une substance illégale (cannabis, héroïne, cocaïne, Ecstasy). Entre outre, près de 12% abusent de l'alcool⁵.

Les Substances les plus courantes

Amphétamines
Cocaïne
Mélanges de sirops pour la toux
Crack (cocaïne à fumer)
Hallucinogènes
Héroïne
Produits à inhaler (colle, essence)
Khat
LSD
Marijuana/hachisch
MDMA (Ecstasy)
Métamphétamines
PCP
Barbituriques
Stéroïdes
Tranquillisants

Traitement de l'abus de substances et mise en place de programmes de prévention dans votre communauté

Il existe différents types de traitements contre l'alcoolisme et la toxicomanie de nos jours. Les traitements doivent être particularisés selon la substance précise qui fait l'objet des abus. Nous n'avons pas suffisamment de place ici pour faire le menu détail de chacun de ces traitements. Toutefois, il convient que le traitement comprenne des médicaments et une psychothérapie dans le cadre d'un programme de traitement exhaustif³. Vous trouverez plusieurs exemples de traitements opérants sur le site du Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) (<http://www.samhsa.gov/>)

Comprendre la toxicomanie⁶

Selon le National Institute on Drug Abuse (NIDA), la toxicomanie commence par l'abus de substances lorsque la personne fait le choix, en toute conscience, de prendre de la drogue, mais la toxicomanie n'est pas uniquement « la consommation de beaucoup de drogues ».

Selon de récentes recherches scientifiques, non seulement les drogues entravent les fonctions normales du cerveau en produisant des sensations de plaisir puissantes, mais elles produisent des effets de longue durée en termes d'activité et de métabolisme cérébraux. A un moment donné, le cerveau subit une modification où la consommation de drogue se transforme en toxicomanie, une maladie chronique, récidivante. Les toxicomanes souffrent d'un état de besoin et de consommation compulsifs et ne peuvent s'arrêter seuls. Le traitement est nécessaire pour mettre fin à ce comportement compulsif.

centers/csat2002/programs.html) ou de Drug Strategies, un institut de recherche à but non lucratif (<http://www.drugstrategies.org/pubs.html#teen>).

Pour les communautés, le coût de la toxicomanie des adolescents non traitée est énorme et se répercute, par la suite, sur les différents services sociaux (par ex.: éducation, délinquants juvéniles et aide sociale). Pour tout renseignement complémentaire sur la manière dont votre communauté peut mettre en place des programmes de prévention, veuillez consulter "Preventing Drug Use among Children and Adolescents: A Research-Based Guide for the Community" ou la campagne de l'Office of National Drug Control Policy destinée à constituer des coalitions communautaires de prévention de la toxicomanie (<http://www.helpyourcommunity.org>).

Pour tout renseignement complémentaire :

National Institute on Drug Abuse — INFOFAX

Tél: +1 888 NIH NIDA (644-6432) or +1 800 TTY NIDA (889 6432) (TTY/TDD)

<http://www.drugabuse.gov/>

National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information (NCADI)

Tél: +1 800 729 6686 or +1 800 487 4889 (TTY/TDD)

<http://www.health.org>

Center for Substance Abuse Treatment (CSAT), Substance Abuse and Mental Health Services Administration

Tél: +1 301 443 8956

<http://www.samhsa.gov/centers/csat2002/programs.html>

Références :

- ¹ Organisation mondiale de la santé, Department of Mental Health and Substance Abuse and Dependence, Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster. Guide to Drug Abuse Epidemiology. Genève 2000.
- ² Belfer, M.L. *International Child and Adolescent Mental Health Review*. Department of Mental Health and Substance Dependence, Organisation mondiale de la santé. Genève, 2003.
- ³ Physicians Leadership on National Drug Policy (PLNDP). "Adolescent Substance Abuse: A Public Health Priority." Septembre 2002.
- ⁴ Organisation mondiale de la santé. "Prevention and Care of Illness, Adolescents." (2003), http://www.who.int/child-adolescent-health/PREVENTION/Adolescents_substance.htm
- ⁵ Karam, E., Ghandour, L., Maalouf, W., Yamout, K. (2003). *Substance Use and Misuse in Lebanon: The Lebanon Rapid Situation Assessment and Responses Study*. Technical Report on Drugs and Crime in North Africa and the Middle East. United Nations Office on Drugs and Crime.
- ⁶ The National Institute on Drug Abuse (NIDA). "Understanding Drug Abuse and Addiction," Infofacts, fiche technique sur l'abus de drogues et de substances, et la toxicomanie. Tiré du site de NIDA le 9 mai 2003. <http://www.nida.nih.gov/Infofax/understand.html>

Pour tout renseignement local, veuillez contacter :



Le Suicide des adolescents

L'Ampleur du problème

Le suicide est un problème de santé publique, tragique et que l'on pourrait éventuellement prévenir¹. Dans le monde entier, le suicide est la troisième cause de mort chez les adolescents.

La plupart des adolescents qui tentent de se suicider ont des problèmes de santé mentale, notamment de dépression. La dépression et les pensées suicidaires sont des troubles mentaux que l'on peut traiter. Le suicide est également souvent lié à la toxicomanie. La majorité des suicides dans certains pays d'Europe Centrale et de l'Est sont attribués à l'excès de boisson.¹

Le Suicide et la santé mentale des adolescents

La plupart des symptômes de pensées suicidaires ressemblent à ceux de la dépression. Il convient que les parents soient conscients des signes suivants, chez les adolescents qui pourraient tente de se suicider:

- Modification des habitudes alimentaires et de sommeil
- Éloignement des amis, de la famille et des activités régulières
- Actions violentes, comportement rebelle ou fugues
- Toxicomanie ou excès de boisson
- Négligence inhabituelle et aspect peu soigné
- Changement de personnalité sensible
- Ennui persistant, difficulté de concentration ou diminution de la qualité des résultats scolaires
- Douleurs et symptômes physiques fréquents, souvent liés aux émotions, maux de ventre, migraines, fatigue, etc.
- Manque d'intérêt pour les activités agréables

Le Suicide dans le monde entier

Tous les ans, près de 4 millions d'adolescents tentent de se suicider dans le monde entier, et 100.00 y réussissent.⁸

Le taux de suicide varie selon les pays. Selon les chercheurs, nombre de facteurs influent sur cette variation, notamment la stabilité socioéconomique, la facilité d'accès aux armes à feu et aux stupéfiants, ainsi que la consommation d'alcool.² Dans les pays occidentaux, le suicide est plus souvent associé à la dépression et aux troubles mentaux. Dans les pays non occidentaux, cette relation n'est pas aussi manifeste. La cause du suicide est attribuée à d'autres facteurs, socio-économiques, religieux et politiques¹.

- Aucune tolérance pour les compliments ou les récompenses

Un adolescent qui pense à se suicider présentera aussi les symptômes suivants³:

- Sentiment d'être une mauvaise personne ou de se sentir mal « à l'intérieur »
- Sous-entendus et déclarations du genre : « je ne vous embêterai plus très longtemps », « rien n'a d'importance », « c'est inutile », et « je ne vous reverrai pas »
- Rangement de ses effets personnels, donation de ses objets favoris, chambre rangée, effets importants jetés, etc.
- Période d'euphorie soudaine après une période de dépression
- Symptômes de psychose (hallucinations ou pensées bizarres)

Suicide: facteurs de risque

Il existe plusieurs facteurs avérés de risque. Un faible niveau de sérotonine, un élément chimique du cerveau, sont présents chez les patients souffrant de dépression, de troubles impulsifs, des antécédents de tentatives violentes de suicide et dans les cerveaux de victimes de suicide, lors de l'autopsie.

Les difficultés de la vie, conjuguées à d'autres facteurs de risque, par exemple la dépression,

peuvent mener au suicide. Toutefois, le suicide et le

comportement suicidaire ne constituent pas des réactions normales au stress. Les facteurs de risque des tentatives de suicide chez les jeunes comprennent la dépression, l'excès d'alcool ou de stupéfiants, les mauvais traitements physiques ou les sévices sexuels, et les comportements agressifs ou perturbateurs.⁴

Prévention et traitement

A l'heure actuelle, il n'existe aucun moyen définitif de prévoir le suicide ou un comportement suicidaire. Les chercheurs ont identifié certains facteurs (ci-dessus) des personnes à plus haut risque de suicide, mais peu d'entre elles vont jusqu'au bout et se suicident. Le suicide est un événement

Groupes de suicides

Bien qu'ils soient rares, les « groupes » de suicides, c'est-à-dire les suicides qui se situent à proximité les uns des autres, existent. Quelque 5% (variation 1 à 13%) de tous les suicides aux Etats-Unis, parmi les jeunes, font partie d'un groupe⁴. Lorsque ces suicides se produisent, ils provoquent un vent de panique et de peur pour les parents et les communautés. Il convient que les communautés mettent au point un plan de manière à gérer les groupes de suicides, le cas échéant.

Les suicides et les médias

La manière dont les médias relatent les suicides a une incidence profonde sur le grand public. Les articles sur les suicides romantiques ou idéalistes peuvent contribuer aux « copies » de suicides⁷.

Il conviendrait d'informer les médias locaux sur les suicides des adolescents dans votre communauté. Il s'agit de signaler les causes, les signes avant-coureurs et les programmes de prévention disponibles dans votre communauté.

relativement rare et il est donc difficile de prévoir quelles sont les personnes, présentant ces facteurs de risque, qui se suicideront effectivement.

Un diagnostic précoce et le traitement de la dépression, une évaluation exacte des pensées suicidaires et une difficulté d'accès, pour les jeunes, aux agents mortels (par ex.: armes à feu et substances toxiques), constituent les mesures que l'on peut prendre pour prévenir le suicide.

Pour tout renseignement complémentaire:

Canterbury Suicide Project (Nouvelle Zélande)

Tél.: +64 3 364 0530

www.chmeds.ac.nz/RESEARCH/SUICIDE/Suicide.htm

National Swedish Centre for Suicide Research

Tél.: +46 08 728 70 26

www.ki.se/ipm/enheter/engSui.html

Office of the Surgeon General (Etats-Unis)

National Strategy for Suicide Prevention

www.mentalhealth.org/suicideprevention

The National Institute of Mental Health (NIMH)

Tél.: +1 301 443 4513

<http://www.nimh.nih.gov>

References:

- ¹The World Health Organization (Organisation mondiale de la santé - OMS), Department of Mental Health and Substance Dependence. *Caring for Children and Adolescents with Mental Disorders: Setting WHO Directions*. Genève, 2003.
- ²The World Health Organization (Organisation mondiale de la santé - OMS). *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Genève, 2001.
- ³The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1998). Reprinted from "Fact Sheet on Suicide: Adolescents and Young Adults," No. 10.
- ⁴ The National Institute of Mental Health. Reprinted in part from "In Harm's Way: Suicide in America" (2001). Rockville, M.D.
- ⁵Canterbury Suicide Project, Bulletin No 10, February 1997. Suicide Clusters and Suicide Contagion (www.chmeds.ac.nz/RESEARCH/SUICIDE/suicide.htm.)
- ⁶Belfer, M.L. *International Child and Adolescent Mental Health Review*. Department of Mental Health and Substance Dependence, World Health Organization. Genève, 2003.
- ⁷Center for Disease Control and Prevention, National Institute of Mental Health, The Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of the Surgeon General, American Foundation for Suicide Prevention, American Association of Suicidology, and the Annenberg Public Policy Center. "Reporting on Suicide: Recommendations for the Media."
- ⁸The World Health Organization, Adolescent Health Development Programme, Family and Reproductive Health. "The Second Decade: Improving Adolescent Health and Development." Genève, 1998.

Pour tout renseignement local, veuillez contacter :



L'Angoisse chez les enfants Ce que doivent savoir les parents

Qu'est-ce que l'angoisse?

L'angoisse est un mot dont se servent les professionnels de la santé lorsqu'un enfant est anxieux ou craintif, et que cette détresse perdure. Chez certains enfants, cette crainte ou cette anxiété se produit dans des situations précises, par exemple au cours des jeux ou avant d'aller dormir. D'autres enfants sont angoissés ou inquiets lorsqu'il y a une possibilité de problème, quelle que soit la situation, que ce soit un premier jour d'école ou la peur de l'obscurité. Ce sont souvent des réactions normales. En qualité de parents, il convient de s'en préoccuper lorsque les craintes ou les inquiétudes des enfants sont plus importantes ou plus marquées que la situation ne le mérite.

Trois choses sont nécessaires pour déterminer la gravité des inquiétudes des enfants:

1. Est-ce que leurs inquiétudes sont celles que les autres enfants ont également?

Il est normal pour les enfants de moins de trois ans d'avoir de fortes réactions lorsqu'ils sont séparés de leurs parents. Pendant les premières années de scolarité, bon nombre d'enfants commencent à avoir peur des insectes, des personnes qu'ils ne connaissent pas ou encore des fantômes. Les adolescents deviennent timides ou réservés en société. Si les craintes de vos enfants sont trop importantes par rapport à la situation, ou si elles durent trop longtemps, il est possible qu'ils souffrent d'angoisse. Les troubles anxieux ne sont pas simplement une réaction normale, il s'agit bien d'une maladie. Par exemple, si un adolescent qui a toujours de bonnes notes à l'école commence à craindre d'avoir des mauvaises notes, il est possible qu'il souffre d'un trouble anxieux.

2. Vos enfants peuvent-ils expliquer ce qu'ils ressentent?

En général, les enfants ne sont pas en mesure d'expliquer l'angoisse. Il leur est difficile de parler de leurs craintes ou de leur détresse. En qualité de parents, il nous incombe d'être conscients des changements des habitudes de nos enfants, de la manière dont ils abordent leurs sentiments. Par exemple, votre fille rentre-t-elle plus souvent dans sa coquille ? Votre fils dort-il moins ? Votre enfant en maternelle s'accroche-t-il davantage à vous ? Votre fille qui va à l'école primaire manque-t-elle beaucoup de jours d'école ? Votre fils, adolescent, se préoccupe-t-il trop de tout ?

3. Combien de temps cela dure-t-il?

Les soucis ordinaires ne durent pas longtemps à l'enfance. Ils disparaissent rapidement. Toutefois, si les craintes ou les inquiétudes de votre enfant durent plus de trois semaines, il convient de s'en préoccuper. Si ces soucis perdurent pendant trois mois disons, il vous faut consulter un professionnel de la santé.

Comment savoir si nos enfants souffrent d'un véritable problème?

Nos enfants côtoient d'autres enfants et d'autres adultes, à tout instant, tous les jours. Certains d'entre eux ont peut-être remarqué un changement de comportement chez nos enfants, ou ils sont peut-être en mesure d'expliquer la cause de ce comportement. Parfois, si l'on en connaît la cause, il suffit de faire preuve de compréhension et de laisser les enfants se recentrer.

Comment faire la différence entre des soucis ordinaires et une angoisse qu'il faut soigner?

Les soucis et les craintes sont normaux chez les enfants et chez les adultes. Il faut réfléchir pour savoir si l'on donne plus d'importance à un problème qu'il n'en mérite ou si l'on passe à côté d'un véritable problème qui pourrait entraver le développement de l'enfant en question. Si, en tant que parents, nous prenons chaque souci de la vie des enfants comme un problème grave, l'on peut faire plus de mal que de bien. Nos enfants se soucient par exemple de ce que notre monde est dangereux. Les soucis et les craintes ne méritent pas tous d'être traités par un professionnel de la santé. Certaines craintes sont normales selon l'âge de l'enfant et prouvent même parfois qu'il mûrit.

Appliquer les règles suivantes pour déterminer si les enfants sont angoissés ou pas:

1. L'angoisse perdue: disons que votre enfant est tyrannisé dans la cour de l'école et qu'il reste angoissé par la suite, craintif à chaque fois qu'il est en présence de ses camarades. Vous allez voir la maîtresse d'école et les humiliations cessent. Mais votre enfant reste anxieux. Même lorsqu'il va jouer avec des amis, il reste craintif. Si ces crises d'angoisse continuent alors que les rudoiments ont cessé, il conviendra de consulter un professionnel de la santé pour l'aider à surmonter ses peurs.

2. Les soucis s'aggravent avec le temps: il faut se pencher sur la situation si la réaction d'angoisse initiale produit de nouvelles anxiétés, notamment s'il en résulte des symptômes physiques, vomissements, maux de ventre et migraines.

3. L'angoisse se fait ressentir dans d'autres domaines: si vos enfants ne sont pas en mesure de faire ce qu'ils faisaient auparavant, parce qu'ils ont peur ou qu'ils sont angoissés, il convient de prendre le sujet au sérieux. Si vous pensez que leurs réactions entravent leur vie de tous les jours et leur développement, il convient de demander l'aide d'un professionnel de la santé.

Quels sont les signes d'angoisse chez un enfant?

- Un enfant angoissé s'inquiète beaucoup d'un danger ou d'une menace. Par exemple, il s'inquiète de se blesser, qu'on va se moquer de lui ou qu'un proche parent ou ami va tomber malade.
- Lorsque votre enfant s'angoisse, sa respiration s'accélère, il se met à transpirer, ou a la nausée, la diarrhée, des maux de tête et se sent mal.
- Lorsqu'un enfant est angoissé il devient également nerveux: il pleure, il refuse de rester seul ou il s'agite.
- Un enfant angoissé évite d'ordinaire tout ce qu'il craint. Par exemple, il refusera d'aller dans la cour de l'école pour jouer parce qu'il craint d'y rencontrer des enfants qu'il ne connaît pas, ou il refusera d'aller à des fêtes par crainte d'être séparé de ses parents.

Comment aider nos enfants lorsqu'ils sont angoissés?

Pour venir en aide à vos enfants lorsque leurs soucis entravent leur vécu, il nous faut commencer par les écouter, sans tenter de leur donner des réponses ou l'on peut les rassurer et leur dire que leurs soucis ne sont pas réels. Il convient de les encourager doucement mais avec fermeté de ne pas éviter les situations qui leur font peur. Toutefois, toutes ces démarches ne marchent pas toujours et alors le moment est venu d'aller chercher de l'aide à l'extérieur du cercle familial, par exemple à un ami sagace et auquel on fait confiance, ou encore à un prêtre. Mais si le problème persiste, il est recommandé de s'adresser à des professionnels de la santé qui sont à même d'aider un enfant angoissé. Ces professionnels sont par exemple un généraliste, un pédiatre, un conseiller scolaire, un psychologue, un psychiatre ou un thérapeute. Ils aident les enfants à surmonter leur angoisse par diverses méthodes: relaxation, renforcement de l'estime de soi. Et, si ces méthodes ne suffisent pas et que l'angoisse est grave, ils peuvent avoir recours à des médicaments.

L'expression de l'angoisse diffère-t-elle selon les cultures?

Oui. L'on sait que l'angoisse dans une culture peut constituer un comportement normal dans une autre culture. Par exemple, parler à voix basse, surtout pour les femmes et les enfants, est considéré normal dans certaines cultures et n'est pas un signe de crainte ni d'inquiétude. En qualité de parents, nous nous efforçons de faire ce qui est le mieux pour nos enfants. Si un comportement donné de ces derniers nous préoccupe, il est important de l'étudier de plus près. En revanche, si un comportement ne nous inquiète pas, alors qu'il préoccupe des tiers, tant que ce comportement ne crée pas de problèmes dans la vie de nos enfants, il n'est sans doute pas vraiment grave. N'oubliez pas : les soucis et les craintes sont normaux chez les enfants. Mais lorsque ces craintes et ces soucis persistent, il existe de bons traitements, efficaces et il convient de ne pas laisser les enfants souffrir inutilement.

Que peut-on faire lorsque nos enfants ont besoin d'aide et que nous n'avons pas les réponses nécessaires?

- Prenez contact avec vos services de santé mentale locaux, pour leur demander conseil ou pour prendre rendez-vous avec un professionnel de la santé.
- Parlez au conseiller scolaire de vos enfants.
- Prenez contact avec le centre de santé mentale de votre communauté.
- Prenez contact avec un généraliste, pour lui demander de vous recommander des professionnels locaux de la santé, par exemple des psychologues pour enfants ou des pédiatres.

Cette fiche de renseignements a été reproduite avec la permission du Children's Hospital de Westmead et le New South Wales Transcultural Mental Health Centre (Australie). Elle fait partie d'un projet collaboratif intitulé : "Children of Culturally & Linguistically Diverse Backgrounds: Mental Health Project." Elle est disponible dans plusieurs langues sur : <http://www.tmhc.nsw.gov.au/translations/transinfo.htm>

La WFMH remercie le Centre de lui avoir permis de reproduire ce document.

Pour tout renseignement local, veuillez contacter :



Hyperactivité avec déficit de l'attention (HADA)

Qu'est-ce que l'HADA?

Les enfants souffrant d'HADA, l'un des troubles psychiatriques les plus courants de l'enfance, ont des difficultés à se concentrer, ils s'agitent, agissent sans réfléchir et ont des problèmes à suivre les cours et faire leurs devoirs scolaires (inattention, hyperactivité et impulsivité). Ces troubles, s'ils ne sont pas traités, auront des incidences de longue durée sur les capacités de l'enfant à nouer des amitiés et à obtenir de bons résultats scolaires ou, par la suite, professionnels. Au fil du temps, les enfants souffrant d'HADA pourront souffrir de dépression, manque d'amour-propre et autres problèmes affectifs (NIMH 2001). Selon les chercheurs américains:

- près de 4,1% des jeunes, de 9 à 17 ans souffrent d'HADA sur une période de six mois¹
- les garçons sont deux à trois fois plus touchés par l'HADA que les filles¹
- les enfants dont l'HADA n'est pas traitée sont plus souvent blessés que leurs camarades³
- l'HADA intervient souvent en parallèle d'autres problèmes, notamment les troubles dépressifs et anxieux, des conduites ou antisociaux^{4,5}
- les symptômes de l'HADA se font remarquer souvent à la maternelle ou dans les premières années de l'école élémentaire. Ces troubles perdurent fréquemment jusqu'à l'adolescence et parfois même jusqu'à l'âge adulte⁶

L'HADA: étudiée et relevée dans le monde entier

Bien qu'il soit souvent considéré comme un trouble 'occidental', l'HADA a été relevée et étudiée dans le monde entier, notamment France, au Brésil, en Chine, en Inde, au Nigeria, au Liban et dans les Émirats Arabes Unis. Il existe certaines variations culturelles au niveau des symptômes, mais les critères fondamentaux du trouble restent les mêmes.¹²

Dans de nombreux pays du monde, des organisations non gouvernementales ont été créées pour la promotion de l'information sur l'HADA. Par exemple au Liban, l'Association libanaise de l'HADA a été créée pour sensibiliser le grand public à l'HADA et fournir des informations, ainsi qu'un appui aux familles concernées.

Diagnostic de l'HADA

Un traitement efficace est tributaire d'un diagnostic approprié. Le diagnostic de l'HADA est fiable si l'on suit les recommandations appropriées^{7,8}. Dans l'idéal, il convient qu'un praticien chargé du diagnostic tienne compte des observations des parents et des enseignants de l'enfant. Toutefois,

certains praticiens font le diagnostic de l'HADA en l'absence de ce type d'information, il en résulte des diagnostics extrêmes, à la hausse ou à la baisse.

Certains symptômes d'inattention¹⁰:

- difficulté de maintien de l'attention pendant les activités scolaires ou ludiques
- écoute évasive face à un interlocuteur direct
- difficulté d'organisation des tâches et des activités
- évitement, aversion et réticence à la réalisation de tâches exigeant un effort mental soutenu (devoirs scolaires ou tâches ménagères)
- perte des articles nécessaires aux activités scolaires ou ludiques (devoirs scolaires, jouets, livres ou outils)
- distraction facile face à des stimulus extérieurs
- oubli d'activités quotidiennes

Quelques symptômes d'hyperactivité impulsivité¹⁰:

- agitation des mains, des pieds, agitation constante en position assise
- incapacité à rester assis, en cours ou autre situation assise
- course et escalade d'objets dans des situations où un tel comportement est inapproprié
- difficulté d'activité ludique calme ou de détente lorsqu'elle est indiquée
- en mouvement constant, actes impossibles à freiner
- conversation incessante
- réponses lâchées avant même que les questions ne soient terminées
- difficulté de prendre « son » tour, interruption des tiers (par exemple, ingérence dans les conversations ou les jeux)

Traitement des enfants souffrant d'HADA

Il est essentiel de dépister et de traiter l'HADA chez les enfants. En l'absence de traitement, l'HADA s'accompagne d'une aggravation des taux de stupéfiants, problèmes de conduite et délinquance, échec scolaire et autres résultats négatifs à long terme, notamment des situations d'emploi moins désirables, des problèmes professionnels et maritaux.

Qu'est-ce qu'est l'HADA?

De nombreux troubles peuvent coexister avec l'HADA (par ex.: angoisse ou dépression) ou calquer ses symptômes.¹¹

Une évaluation médicale exhaustive de l'enfant doit être réalisée pour établir le diagnostic correct de l'HADA et éliminer les autres causes potentielle des symptômes présentés.

Quels sont les symptômes analogues à l'HADA?¹³

- Improductivité à l'école en raison d'un handicap de l'apprentissage
- Manque de concentration provoquée par des crises d'épilepsie primaire
- Infection d'oreille moyenne qui entraîne une surdité intermittente
- Comportement perturbateur ou apathique en raison d'une dépression ou d'une angoisse

Selon le National Institute of Mental Health (NIMH), et selon les recherches, les thérapies comportementales et certains médicaments, des stimulants dans la plupart des cas, permettent aux enfants victimes d'HADA de contrôler leur niveau d'activité et d'impulsivité, d'accorder leur attention aux éléments nécessaires et de se concentrer sur ce qu'ils ont à faire⁹. A l'instar de tous les médicaments, ceux qui servent au traitement de l'HADA possèdent des effets secondaires et doivent être suivis de près.

Traitement de l'HADA : médicaments ou thérapie?

En décembre 1999, le NIMH publiait les résultats d'une étude réalisée auprès de 600 élèves d'écoles élémentaires, âgés de 7 à 9 ans, évaluant l'efficacité et la sécurité relatives des principaux traitements contre l'HADA, sur des périodes allant jusqu'à 14 mois. Selon les résultats, le recours aux seuls stimulants est plus efficace que les thérapies comportementales, pour juguler les principaux symptômes d'HADA : inattention, hyperactivité, impulsivité et agressivité. Dans d'autres domaines du fonctionnement, symptômes d'anxiété, résultats scolaires et aptitudes sociales, le recours conjugué aux stimulants et aux thérapies comportementales intensives se révèle plus efficace. Il convient de noter que les familles et les enseignants signalent être plus satisfaits des traitements englobant des éléments de thérapie comportementale.

Il convient que les parents soient associés au traitement, il convient qu'ils obtiennent autant d'informations que possible sur l'HADA et qu'ils collaborent avec le médecin traitant de leur enfant afin de mettre au point un plan de traitement. Pour plus de renseignements sur le traitement de l'HADA, veuillez consulter les nouvelles recommandations mises au point par l'American Academy of Pediatrics (AAP) sur www.aap.org

Pour tout renseignement complémentaire:

The National Institute of Mental Health

Tél. : +1 301 443 4513

www.nimh.nih.gov

CHADD (Children and Adults with ADHD) (Enfants et adultes souffrant d'HADA)

Phone: +1 800 233 4050

www.chadd.org

Sources: Reproduction tirée en partie de "Attention Deficit Hyperactivity Disorder," Science on Our Minds Series (2001), The National Institute of Mental Health (NIMH), et "Backgrounder: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder" (2003), Janssen Pharmaceutica.

Pour tout renseignement local, veuillez contacter :

Références:

¹Shaffer D, Fisher P, Dulcan MK, et al. The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA Study. Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996; 35(7): 865-77.

²Wolraich ML, Hannah JN, Baumgaertel A, et al. Examination of DSM-IV criteria for attention deficit/hyperactivity disorder in a county-wide sample. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 1998; 19(3): 162-8.

³DiScala C, Lescohier I, Barthel M, et al. Injuries to children with attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 1998; 102(6): 1415-21.

⁴Spencer T, Biederman J, Wilens T. Attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbidity. *Pediatric Clinics of North America*, 1999; 46(5): 915-27, vii.

⁵Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, et al. Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *American Journal of Psychiatry*, 1998; 155(4): 493-8.

⁶Barkley RA. Attention-deficit/hyperactivity disorder. In: Mash EJ, Barkley RA, eds. *Child Psychopathology*. New York: Guilford Press, 1996; 63-112.

⁷ Dulcan MK, Benson RS. AACAP Official Action. Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with HADA. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997; 36(9): 1311-7.

⁸ National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder (HADA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2000; 39(2): 182-93. http://odp.od.nih.gov/consensus/cons/110/110_intro.htm

⁹ The MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Multimodal treatment study of children with HADA. *Archives of General Psychiatry*, 1999; 56(12): 1073-86.

¹⁰Janssen Pharmaceutica, "Backgrounder: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (2003).

¹¹Johnson, K. "Many Conditions Coexist with or mimic HADA," *Clinical Psychiatry News*, February 2003.

¹²Fayyad, J.A., Jahshan C.S., Karam, E.G. (2001). Systems development of child mental health services in developing countries. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics Of North America*: 10(4):745-62, ix.

¹³The Center for the Advancement of Children's Mental Health, Columbia University. "Attention Deficit/Hyperactivity Disorder," fact sheet, retrieved 5/9/03, from <http://www.kidsmentalhealth.org>



TROUBLES AFFECTIFS ET COMPORTEMENTAUX DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

Autisme et autres troubles envahissants du développement *

*souvent nommés « troubles du spectre autistique »

Qu'est-ce qu'est l'autisme ?

La plupart des nourrissons et des jeunes enfants sont très sociaux. Les contacts avec les autres leur sont nécessaires, et recherchés, pour se développer et grandir. Ils sourient, se blottissent, rient et réagissent avec plaisir aux jeux de cache-cache (AACAP 1999). Il arrive parfois qu'un enfant ne réagisse pas de cette manière, escomptée. Il semble vivre dans son propre monde, un lieu qui se caractérise par des habitudes répétitives, des comportements bizarres et particuliers, des problèmes de communication et l'absence de sociabilité ou d'intérêt envers les autres. Ce sont là les caractéristiques d'un trouble envahissant du développement (TED), nommé autisme (APA 2000, OMS 1993). Bien que l'autisme soit trois à quatre fois plus courant chez les garçons, les filles qui en souffrent présentent des symptômes souvent plus graves (Fombonne, 1998).

Autisme: sa cause

L'on ignore en fait ce qui provoque l'autisme. Il s'agit d'un trouble biologique complexe et chaque cas est différent des autres. L'on sait que la cause en est principalement génétique, mais plusieurs gènes y sont sans doute impliqués. Des études sont en cours pour déterminer si d'autres facteurs pourraient se conjuguer aux gènes chez certaines personnes, notamment des facteurs infectieux, neurologiques, métaboliques et environnementaux (NICHD 2001).

Faire le diagnostic de l'autisme et des troubles envahissants du développement chez les enfants

Cinq signes précoces d'autisme chez les jeunes enfants figurent ci-dessous il s'agit de symptômes probants, si les éléments sont absents ou s'ils sont rares (Kasari et Wong 2002):

- Le nourrisson réagit-il lorsque la personne qui s'en occupe l'appelle par son nom?
- L'enfant participe-t-il à ce que l'on appelle une « attention commune »? (par exemple, regarder un même objet ou une même activité avec son parent-substitut, ou montrer du doigt ou tendre des jouets à des tiers)
- L'enfant imite-t-il les autres? (par exemple, copier les expressions du visage, tirer la langue)
- L'enfant réagit-il affectivement aux autres? (par exemple, sourire quand on lui sourit)
- L'enfant joue-t-il à des jeux imaginaires?

Les signes d'autisme et autres troubles envahissants du développement (TED) se manifestent souvent avant que l'enfant n'ait trois ans, mais ils ne sont relevés à ce titre parfois bien plus tard, par exemple lorsque les parents s'inquiètent de la surdité éventuelle de leur enfant, ou de sa mutité ou de son immobilité, de ce qu'il évite toute interaction avec les autres, ou qu'il présente des comportements répétitifs inhabituels ou une rigidité hors du commun.

Les TED ne sont pas toujours reconnus précocement car leur gravité varie, allant d'un trouble léger à des troubles extrêmement profonds. Certains enfants souffrant de TED sont en mesure de vivre à un niveau relativement fonctionnel, où leur capacité de parole et intellectuelle est intacte. D'autres souffrent de graves handicaps cognitifs, de différés du langage et certains ne parlent pas. Un nourrisson souffrant d'autisme modéré à grave évite tout échange de regard, semble atteint de surdité et son développement de langage s'arrête brutalement. Les enfants atteints d'autisme semblent n'accorder aucune attention aux allées et venues des autres, et parfois même présentent des symptômes d'agressivité physique. Les enfants souffrant d'autisme s'obnubilent souvent sur une seule activité ou un seul objet, ils se balancent d'avant en arrière, agitent les mains, semblent insensibles aux brûlures ou aux contusions et parfois se blessent volontairement. Mais aucun de ces symptômes n'apparaissent chez tous les nourrissons ou les petits enfants souffrant d'autisme et, chez les enfants aux fonctions les plus intactes, ces symptômes peuvent être relativement subtils.

Les enfants souffrant d'autisme ou d'autres formes de TED présentent souvent des symptômes affectifs ou comportementaux connexes, notamment des troubles de l'attention, des perturbations d'humeur telles que l'anxiété ou la dépression, des comportements qui semblent obsessionnels ou compulsifs (Volkmar et al., 1999). Un tiers des enfants et des adolescents souffrant d'autisme souffrent de crises.

Trouble d'Asperger: il s'agit d'un autre trouble envahissant du développement et c'est le diagnostic lorsque la personne présente des déficits sociaux et des comportements répétitifs, alors que ses capacités cognitives, d'initiative personnelle et de développement précoce du langage sont normaux, ou au-dessus de la normale à certains égards (APA 2000). Le pronostic pour les personnes souffrant de trouble d'Asperger est meilleur que pour ceux qui sont atteints d'autres formes de troubles envahissants du développement, surtout en ce qui concerne l'obtention d'emplois et de fonctionnement vital indépendant.

Traiter les personnes souffrant de troubles envahissants du développement

Bien que l'autisme et les autres formes de TED ne soient pas curables, les enfants et les adultes souffrant de TED et leurs familles peuvent bénéficier de divers traitements concernant les symptômes principaux et les symptômes affectifs et comportementaux connexes. Il s'agit notamment, sans toutefois s'y limiter, des traitements suivants (NICHD 2001) :

- **Programmes d'éducation individualisés pour l'enfance en difficulté:** ces programmes sont particularisés pour remplir les besoins des enfants souffrant de TED.  tant donné les variations des aptitudes des enfants souffrant de TED, il convient que les établissements scolaires planifient ces programmes selon les capacités cognitives et les besoins éducatifs de l'enfant concerné. Les techniques d'appui visant à prévenir les comportements problématiques rencontrés d'ordinaire dans les TED constituent un élément crucial de ces plans (National Research Council 2001).
- **Programmes de traitement intégré:** ces programmes englobent un certain nombre de théories et de stratégies de traitement des personnes souffrant de TED. Plusieurs modèles, fondés sur des stratégies avérées au niveau empirique de traitement de problèmes précis, ont été mis au point. Elles varient en ampleur et en contexte quant à leur évaluation. (National Research Council 2001, Siegel 1996, Cohen et Volkmar 1997). Les programmes intégrés sont intensifs: 15 à 40 heures par semaine, avec des techniques comportementales, démarrées à l'âge le plus jeune possible, avec la participation des familles et des collaborateurs de très haute formation. Les programmes sont particularisés et soigneusement planifiés et ils comprennent l'évaluation permanente des progrès effectués par le sujet. Ils sont axés sur la communication et d'autres aptitudes du développement. Ils ont recours à des techniques qui aident le sujet à

utiliser les compétences apprises dans le cadre du programme et ce, dans d'autres contextes, notamment le contexte familial et communautaire.

- **Traitements psychopharmacologiques** (médicaments pour les symptômes comportementaux et affectifs) ces traitements se révèlent également efficaces et améliorent la comportement ou l'évolution de la personne souffrant d'autisme. En général, ces médicaments sont nommés « psychotropes » car ils ont une incidence sur le cerveau de la personne souffrant d'autisme. Les médicaments servent souvent à prendre en charge un comportement spécifique, par exemple pour réduire un comportement d'automutilation ou d'agression, ce qui permet au sujet atteint d'autisme de se concentrer sur d'autres activités, par exemple l'apprentissage. Les personnes atteintes d'autisme contractent souvent des symptômes affectifs, angoisse ou dépression, et les médicaments peuvent atténuer ces symptômes pénibles et améliorer l'apprentissage fonctionnel (Posey & McDougle 2000).

Pour choisir le traitement adapté, il est important d'évaluer les enfants et les adolescents souffrant d'autisme pour détecter toute co-morbidité, trouble éventuellement traitable, par exemple les crises, allergies, problèmes gastro-intestinaux ou troubles du sommeil. Le traitement de ces co-morbidités ne guérit pas l'autisme, mais peuvent mener à une amélioration de la qualité de vie des malades et de leurs familles.

Pour tout renseignement complémentaire:

The National Institute of Mental Health (NIMH)

Tél. : +1 301 443 4513

<http://www.nimh.nih.gov>

The National Institute of Child Health and Human Development

Tél. : +1 800 370 2943

www.nichd.nih.gov/autism

The National Institute of Neurological Diseases and Stroke (NINDS)

Tél. : +1 800 352 9424

http://www.ninds.nih.gov/health_and_medical/disorders/asperger_doc.htm

Medline Plus Health Information: Autism

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/autism.html>

National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities:

Autism Information Center

<http://www.cdc.gov/ncbddd/dd/ddautism.htm>

Sources: Les informations contenues dans ce document sont tirées, en partie, de « The Child with Autism » (1999), The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP); "Unraveling Autism," Science on Our Minds 2001, The National Institute of Mental Health, NIH Publication No. 01-4590; et de "Autism Facts," The National Institute of Child Health and Human Development, NIH Publication No. 01-4964, Juin 2001.

Références:

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition, Text Revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Cohen, D.J., Volkmar, F.R. (1997). *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. New York: John Wiley & Sons.

Fombonne E. Epidemiology of autism and related conditions. In: Volkmar FR, ed. *Autism and Pervasive Development Disorders*. Cambridge, England: Cambridge University Press, 1998; 32-63.

Kasari, C., Wong, C. *Five Early Signs of Autism*. EP Magazine, November 2002; 60-62.

National Research Council (2001). *Educating Children with Autism*. Committee on Educational Interventions for Children with Autism. Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: National Academy Press. Also available online at <http://www.nap.edu>

Posey, D.J., McDougle, C.J. (2000). The pharmacotherapy of target symptoms associated with Autistic Disorder and other Pervasive Developmental Disorders. *Harvard Review in Psychiatry*, 8(2), 45-63.

Siegel, B. (1996). *The World of the Autistic Child*. Oxford, England: The Oxford University Press

The National Institute of Child Health and Human Development (NICHD). "Autism Questions and Answers for Health Care Professionals" (2001).

Volkmar, F., Cook, E.H. Jr, Pomeroy, J., et al. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with autism and other pervasive developmental disorders. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Working Group on Quality Issues. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1999; 38(12 Suppl): 32S-54S.

World Health Organization (1993). *International Classification of Diseases: Tenth Revision*. Genève

Pour tout renseignement local, veuillez contacter:



Trouble bipolaire

Qu'est-ce qu'est un trouble bipolaire?

Un trouble bipolaire est une maladie mentale grave qui se caractérise par des épisodes renouvelés de dépression, manie et/ou des deux. Ce trouble entrave profondément tout fonctionnement normal et sain. Bien qu'il soit rare chez les enfants et les adolescents, le trouble bipolaire, ou encore maladie maniaco-dépressive, est difficile à reconnaître et à diagnostiquer chez les enfants et les adolescents, et ce car il ne correspond pas aux critères symptomatiques précis établis pour les adultes, et parce que ses symptômes peuvent ressembler, ou accompagner ceux d'autres troubles mentaux courants à l'enfance. En outre, les symptômes d'un trouble bipolaire peuvent être confondus, au départ, avec des variations normales d'humeur des enfants et des adolescents. Mais à la différence de ces sautes d'humeur, le trouble bipolaire handicape profondément l'apprentissage scolaire, les contacts avec les camarades et avec la famille, au foyer.

Quels sont les sujets les plus à risque et comment sont-ils affectés?

Le trouble bipolaire est plus à même de toucher les enfants dont les parents en souffrent eux-mêmes. Vingt à quarante pour cent des adolescents atteints de dépression grave sont affectés par un trouble bipolaire dans les cinq ans qui suivent l'apparition de la dépression. Selon les éléments probants recueillis, un trouble bipolaire qui apparaît à l'enfance ou au début de l'adolescence est peut-être une forme différente, plus grave, de ce trouble que le trouble bipolaire de l'adolescence plus âgée, ou de l'adulte³. Lorsque la maladie apparaît avant ou dès la puberté, elle se caractérise souvent par un état continu, à cycles rapides, d'irritation, de symptômes mixtes, qui intervient sans doute parallèlement aux troubles de comportement perturbateur, notamment le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (HADA) ou trouble de la conduite (TC), ou avec des caractéristiques de ces troubles à titre de symptômes initiaux. A l'inverse, le trouble bipolaire de l'adolescent plus âgé ou de l'adulte apparaît soudainement, souvent par un épisode maniaque classique, avec un schéma plus épisodique et des périodes relativement stables entre les épisodes. Pour ces troubles apparaissant plus tardivement, les cas d'HADA ou de TC connexes sont moins fréquents.

Identification d'un trouble bipolaire chez les enfants et les adolescents

Citons quelques symptômes du trouble bipolaire⁵:

- Humeur gaie ou irritable

- dépression
- changement rapide d'humeurs, durant de quelques jours à quelques heures
- crises de rage explosives, longues et souvent destructrices
- angoisse de la séparation
- remise en question de l'autorité
- hyperactivité, agitation et distraction
- sommeil bref ou, à l'inverse, trop prolongé
- miction et terreurs nocturnes
- crises de boulimie fréquentes et insatiables, envies d'hydrates de carbone et de sucreries
- participation excessive à de nombreux projets et activités
- perturbation du jugement, impulsivité, idées folles et bavardage incessant
- comportements téméraires
- comportement sexuel inapproprié ou précoce
- idées délirantes et hallucinations
- idées de grandeur quant aux aptitudes défiant les lois de logique (capacité de vol, par exemple)

Les enfants atteints de trouble bipolaire ont d'ordinaire des humeurs qui passent continuellement d'un état maniaque à la dépression.

Quelques symptômes maniaques:

- fluctuations profonde de l'humeur: extrême irritabilité ou plaisanteries et euphorie extrêmes
- suffisance extrême, mégalomanie
- Recrue d'énergie
- Diminution du besoin de sommeil: peu ou pas de sommeil pendant des jours entiers, sans fatigue
- Bavardage accru: trop parler, trop vite, passage du coq à l'âne, impossibilité d'interruption
- Distraction: attention sautant d'un sujet à l'autre
- Hypersexualité: idées, sentiments ou comportements sexuels accrus, recours à des termes crus
- Augmentation des activités axées sur une activité, ou agitation physique
- Mépris du risque: participation excessive à des comportements ou à des activités risquées

Quelques symptômes dépressifs:

- Humeur triste ou irritable persistante
- Perte d'intérêt quant à des activités plaisantes jusque-là
- Modification profonde de l'appétit et du poids
- Difficulté de sommeil, trop ou trop peu
- Agitation ou ralentissement de l'activité
- Perte d'énergie
- Sentiments de dévalorisation ou culpabilité inappropriée
- Difficulté de concentration
- Pensées morbides de mort ou de suicide

Les symptômes manico-dépressifs des enfants et des adolescents se révèlent sous différents comportements^{1, 2}. En phase maniaque, les enfants et les adolescents sont plus souvent irritables et susceptibles d'avoir des éclats d'humeur, alors que les adultes seraient euphoriques ou extatiques. En phase dépressive, ils se plaindront de maux physiques: migraines, douleurs musculaires, douleurs au ventre ou fatigue, absences scolaires fréquentes, mauvais résultats scolaires, souhait ou effort de fugue, irritabilité, plaintes, crises de larmes inexplicables, isolement social, mauvaise communication et extrême sensibilité au rejet ou à l'échec. Citons quelques autres expressions manico-dépressives: alcoolisme, toxicomanie et difficultés relationnelles.

Recours aux antidépresseurs pour traiter le trouble bipolaire : mise en garde

Un traitement efficace reste tributaire du diagnostic approprié du trouble bipolaire chez les enfants et les adolescents. Selon certains éléments probants, le recours aux antidépresseurs pour traiter la dépression chez un sujet atteint de trouble bipolaire pourrait produire des symptômes maniaques si ces médicaments ne sont pas accompagnés de psychorégulateurs. En outre, la prescription de stimulants pour traiter l'HADA ou des symptômes analogues chez un enfant atteint de trouble bipolaire, pourrait aggraver les symptômes maniaques.

Traitement des enfants et des adolescents atteints de trouble bipolaire

Les traitements couramment employés pour le trouble bipolaire des enfants et des adolescents comprennent le recours aux médicaments psychorégulateurs, (lithium ou valproate) et la psychothérapie. Les traitements actuels des enfants et des adolescents atteints de trouble bipolaire, se fonde principalement sur les traitements prescrits pour les adultes souffrant de trouble bipolaire. Les données sur l'efficacité des psychorégulateurs chez les jeunes sont très limitées⁴.

Source: Ré-impression partielle de "Child and Adolescent Bipolar Disorder: An Update from the National Institute of Mental Health" (2000). NIH Publication No. 00-4778.

Pour plus de renseignements ::

The National Institute of Mental Health (NIMH)

Tél.: +1 301 443 4513

<http://www.nimh.nih.gov>

The Child and Adolescent Bipolar Foundation

Tél.: +1 847 256 8525

www.cabf.org or www.bpkids.org

Références

¹Carlson GA, Jensen PS, Nottelmann ED, eds. Special issue: current issues in childhood bipolarity. *Journal of Affective Disorders*, 1998; 51: entire issue.

²Geller B, Luby J. Child and adolescent bipolar disorder: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997; 36(9): 1168-76.

³Lewinsohn PM, Klein DN, Seely JR. Bipolar disorders in a community sample of older adolescents: prevalence, phenomenology, comorbidity, and course. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1995; 34(4): 454-63.

⁴McClellan J, Werry J. Practice parameters for the assessment and treatment of adolescents with bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997; 36(Suppl 10): 157S-76S.

⁵The Child and Adolescent Bipolar Foundation. "About Early Onset Bipolar Disorder," fiche technique, consultée le 7 mai 2003, sur <http://www.bpkids.org/printing/about.htm>

Pour tout renseignement local, veuillez contacter:



Enfants et familles touchés par le vih-sida

Comment remplir les besoins en matière de santé des enfants touchés par le vih-sida

Lorsqu'il s'agit des besoins fondamentaux des enfants, l'on a tendance à penser à la nourriture, au logement, aux vêtements, à l'amour et à la sécurité, c'est-à-dire un ensemble de besoins physiques et psychologiques. Les enfants sidéens ou ceux qui sont touchés par les vih-sida ont des besoins analogues, mais la satisfaction de ces besoins est en danger lorsqu'un parent ou un prestataire de soins tombe malade et décède. Il est important de remplir ces besoins pour que les enfants puissent grandir et réussir dans la vie. Et, selon la Convention des Nations Unies sur les droits des enfants, remplir les besoins psychologiques des enfants n'est pas un privilège, c'est un droit de l'enfant. Remplir les besoins psychologiques des enfants renforce les sociétés victimes des effets déstabilisants de la pauvreté, des conflits armés, de la famine et de diverses maladies infectieuses.

Incidence du vih-sida

L'épidémie du vih-sida a eu des répercussions profondes dans le monde entier, notamment en Afrique subsaharienne. Soixante-dix pour cent des adultes et 80% des enfants vivant avec le sida, dans le monde entier, se trouvent en Afrique. Les enfants sont touchés sous différentes formes: ils naissent de mères séropositives, ils contractent la maladie par leur mère, ils quittent l'école pour prendre soin de leurs familles ou pour gagner leur vie, ils sont témoins des effets néfastes du vih dans leurs communautés, ils sont orphelins de parents qui décèdent de maladies liées au sida. Les effets du sida sur la vie des enfants sont nombreux : économiques, éducatifs, sociaux et psychologiques.

Le vih-sida et les enfants en Afrique

- Sur les 36 millions de personnes vivant avec le sida dans le monde entier, 25,3 millions d'entre elles vivent en Afrique subsaharienne.
- 1,4 millions d'enfants vivent avec le sida, dans le monde.
- 95% des orphelins du monde entier vivent en Afrique.
- 13,2 millions d'enfants de moins de 15 ans ont perdu leur mère, morte du vih-sida, depuis le début de l'épidémie.
- Au Zimbabwe, 25% des adultes sont séropositifs (1999) et 900.000 enfants ont perdu leur père ou leur mère, décédé d'une maladie liée au sida. 56.000 enfants sont séropositifs.

Effets psychologiques du vih-sida sur la vie des enfants:

Les effets psychologiques du vih-sida, même s'ils sont moins apparents, sont accablants pour les enfants et les adolescents. Ils vont de la perte de leurs proches, d'où des problèmes de développement, à la responsabilité du rôle de chef de famille. Citons quelques effets psychologiques du vih-sida sur les enfants:

- Détresse affective, sous diverses formes (par ex. : dépression, agressivité, troubles du développement).
- Les enfants dont les parents sont malades s'inquiètent de l'avenir, de ce qu'ils vont devenir et de qui s'occupera d'eux.
- Perte de soins permanents, ce qui mène à des problèmes de développement, perte d'orientation, ce qui entrave la maturité de l'enfant et son intégration dans la société.
- Des troubles psychologiques se manifestent avant, pendant ou après le décès des parents.
- Les enfants ne comprennent pas la situation et ne sont pas en mesure d'exprimer leur chagrin. Et même s'ils le voulaient, il n'y a personne pour les écouter, notamment dans les sociétés où le vih est un sujet tabou, ainsi que ses effets destructeurs.

Appuyer les enfants et les familles touchés par le vih-sida

En outre de la perte accablante d'un ou de deux parents, les nombreux enfants orphelins du vih-sida perdent souvent leur foyer et toute source d'appui financier. Ces difficultés économiques sont écrasantes pour les enfants et les dénuent de nourriture, d'abri, de vêtements, de médicaments et d'éducation, et les amènent à chercher des sources de revenus de remplacement (par ex.: la prostitution). Les besoins matériels des orphelins ou des enfants touchés par le vih-sida sont énormes et ils sont parfois remplis par les familles élargies ou par les communautés dans lesquels ils vivent. En outre des besoins de base, ces enfants ont de nombreux besoins psychosociaux, besoin d'amour, d'être compris et d'affection. Les enseignements suivants ont été tirés de programmes établis au Zimbabwe et en Tanzanie dans le domaine de l'appui psychosocial destiné aux enfants touchés par le vih-sida:

- **Garantir les droits des enfants** (protection contre toute exploitation et discrimination).
- **Prendre acte de la mouvance du rôle des enfants** (parler du changement de rôle de l'enfant, l'y préparer en lui donnant des compétences par exemple pour devenir chef de famille).
- **Créer un environnement habilitant** (informer la communauté quant aux besoins des enfants touchés par le vih-sida pour lui permettre de réagir de façon positive, en essayant de comprendre la situation d'un enfant, un prestataire de soins ou un professeur peut lui donner l'amour et l'orientation dont cet enfant a besoin, désespérément).
- **Laisser les enfants vivre leur enfance** (donner aux enfants la possibilité d'exprimer leurs sentiments et leur vécu avec d'autres enfants, ce qui leur permet de comprendre qu'ils ne sont

pas seuls et leur redonne confiance en eux. L'écoute de ce qu'ils sont à dire est une manière, peu coûteuse, de renforcer leur importance, dans une situation qui est incertaine).

Il convient également de tenir compte des besoins psychosociaux des parents vivant avec le vih-sida. Pour eux, la douleur et l'angoisse de vivre avec le vih-sida peuvent être accablants. En outre de la douleur de savoir que leurs enfants seront orphelins. Il conviendrait de leur apporter une assistance-conseil psychologique afin de les amener à divulguer leur sida ou vih à leurs enfants et sur la manière de parler de la mort ou du décès. Il convient également d'inclure dans ces efforts une orientation-conseil, pour les parents, afin qu'ils trouvent un foyer aimant qui accueillera leurs enfants après leur mort.

Une liste analogue, plus exhaustive toutefois, de stratégies multistrates, se trouve dans le rapport « *Children on the Brink* » (2002), qui souligne le besoins d'appuyer les familles et les communautés pour qu'elles prennent sous leur aile ces enfants (au lieu de compter sur les orphelinats et autres, en premier et second lieu), pour qu'elles s'appuient sur leurs propres capacités, existantes, pour appuyer les enfants touchés par le vih-sida, pour qu'elles garantissent des protections juridiques aux enfants, notamment les filles, contre toute exploitation et abus intra-familiaux ou extra-familiaux, pour qu'elles modifient le coût d'opportunité de l'abandon scolaire (volontaire ou pas) pour aller travailler. Ce rapport souligne en outre la responsabilité collective des sociétés, notamment dans le domaine de la stigmatisation et de la discrimination. Ce rapport, « *Children on the Brink* » (2002), se trouve sur Internet:http://www.dec.org/pdf_docs/PNACP860.pdf, le site de l'USAID (United States Agency for International Development).

Source: Cette fiche technique est tirée en partie de « Investing in Our Future: Psychosocial Support for Children Affected by HIV/AIDS. A Case Study in Zimbabwe and United Republic of Tanzania. » (July 2001). The United Nations Programme on HIV/AIDS. Pour tout renseignement complémentaire, consulter www.unaids.org

Pour tout renseignement complémentaire :

The United Nations Programme on AIDS (UNAIDS) (Programme des Nations Unies sur le sida)

20, avenue Appia

CH-1211 Genève 27

Suisse

Tél: +4122 791 3666

www.unaids.org

The United States Agency for International Development

www.usaid.gov

Pour tout renseignement local, veuillez contacter :



La Dépression chez les enfants Ce que doivent savoir les parents

Il existe plusieurs moyens pour déterminer la gravité des sentiments ressentis par votre enfant:

1. Votre enfant semble-t-il plus que triste, véritablement déprimé?

La dépression va au-delà d'un simple sentiment de tristesse ou de chagrin. La dépression comporte des sentiments de tristesse, colère, désespoir, rancœur, culpabilité et manque d'estime de soi. L'adolescence, la croissance, est une période de trouble, qui s'accompagne de sautes d'humeur et d'hypersensibilité. Il s'agit souvent d'une période de rébellion. En qualité de parents, il nous incombe de remarquer lorsque les sentiments de tristesse, de colère, de rancœur, de culpabilité et de manque d'estime de soi sont les signes d'une très profonde tristesse. Lorsque les adolescents boivent de l'alcool ou se droguent pour se sentir mieux, cela peut signifier qu'ils se sentent déprimés.

2. Cet état dépressif se fait-il ressentir dans plusieurs domaines de la vie de votre enfant?

Jusque-là, votre enfant a joué avec ses amis, les a côtoyés et a apprécié retrouver leurs camarades. Aujourd'hui, ils n'a plus d'amis, il reste seul la plupart du temps, il préfère rester à la maison ou dans sa chambre. Les activités et ce qui l'intéressait auparavant ne l'attirent plus. Jusque-là, ses résultats scolaires étaient bons, mais les résultats ont chuté car il a du mal à se concentrer. Ils n'a plus l'énergie qu'ils avait avant. Il avait une certaine estime de soi, mais plus maintenant. Ils prend des risques, constamment. Ces changements sont intervenus progressivement, en quelques semaines ou en quelques mois. Il peut s'agir d'une dépression.

3. Votre enfant peut-il expliquer comment il se sent?

Il arrive parfois que les enfants ou les adolescents qui ont des problèmes au foyer ou à l'école sont en fait déprimés sans le savoir. Les enfants ne donnent pas toujours l'impression d'être tristes et, en qualité de parents, nous ne réalisons pas qu'un comportement perturbé constitue un signe de dépression. Si on lui pose la question directement, l'enfant dira parfois qu'il est malheureux ou triste. Mais les enfants ou les adolescents qui souffrent de dépression auront du mal à trouver leurs mots pour décrire leurs émotions ou leurs humeurs. L'enfant bien souvent ne saura pas qu'il est déprimé, et ne peut donc demander, ni obtenir l'aide qui lui est nécessaire. En qualité de parents, il nous appartient de remarquer tout changement dans la vie de tous les jours de nos enfants, de relever la manière dont ils font face à différentes humeurs. Un signe de difficulté : lorsque l'enfant ou l'adolescent n'exprime pas ses sentiments ou comment il se sent.

4. L'enfant pense-t-il au suicide ou à la mort?

Les parents s'inquiètent souvent, lorsqu'un enfant ou un adolescent déprimé, dit penser ou ressentir que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, ou que la vie est trop dure, qu'il préfère abandonner la « partie ». C'est un sentiment accablant d'entendre des enfants dire qu'ils préféreraient être morts, ou de les entendre parler de suicide. Les paroles prononcées dans un moment d'émotion peuvent ne pas signifier grand-chose en réalité, mais être effrayantes pour nous ou pour nos enfants. Si ces pensées ou ces humeurs ne sont que passagères, il n'est pas nécessaire de les prendre au sérieux.

Mais si elles persistent, il convient de les prendre au sérieux. Si votre enfant est déprimé, il pense peut-être au suicide. Si l'on évite d'en parler, cela ne signifie pas que ce sentiment va disparaître. Demandez-lui, gentiment, affectueusement et sans rudesse, s'il préférerait s'endormir et ne plus jamais se réveiller, c'est-à-dire s'il pense à mourir ou s'il souhaite mourir. Si l'on pose la question aux enfants sur ces craintes, sans paniquer, sans critiquer, l'on peut ainsi saisir l'occasion de réduire le sentiment d'isolement de l'enfant. Ce n'est pas lui donner l'idée du suicide. Si l'enfant dit qu'il souhaite mourir, l'on ne peut le méconnaître. On peut penser que l'enfant ne signifie pas réellement ce qu'il dit lorsqu'il parle de suicide. Mais il est important de laisser les enfants parler de leurs pensées suicidaires, de réagir en prenant leur chagrin au sérieux, sans inquiétude excessive.

5. Que faire?

Si l'enfant pense à se suicider ou à tenter de se suicider, en qualité de parents il nous faut nous assurer qu'il ne reste pas seul. Il va falloir le surveiller jusqu'à ce qu'un médecin généraliste, un pédiatre ou un professionnel de la santé puisse être consulté. Si l'enfant exprime le sentiment de vouloir se suicider, cela signifie que c'est un appel à l'aide. Si, en qualité de parent, on ne peut assurer sa sécurité, il convient alors d'emmener l'enfant chez le médecin de famille ou à l'hôpital.

6. Quelle est la durée d'une dépression?

Un sentiment de tristesse, d'apathie ou de « blues », normal, ne dure pas longtemps. Si le sentiment de tristesse ou de dépression de l'enfant dure plus de deux semaines, il convient de s'en inquiéter. S'il continue pendant trois mois, il est indispensable de demander de l'aide.

7. Comment savoir quand il faut demander de l'aide?

Le signe le plus important, chez les enfants, d'une maladie dépressive, reste la tristesse et l'incapacité à accomplir des activités normales, de maîtriser leurs sentiments, de garder de bons résultats à l'école et de conserver leurs amis. D'autres signes éventuels : une inquiétude plus intense que la normale, des symptômes physiques, pleurs, irritabilité, désespoir, culpabilité sans raison.

Il existe des signes indiquant que l'enfant est malade:

- **sommeil perturbé** : il peut s'agir d'un réveil très matinal, difficulté à s'endormir ou réveils répétés pendant la nuit. L'enfant regarde la télévision toute la nuit, parce qu'il n'arrive pas à s'endormir, il lui est ensuite difficile de se lever pour aller à l'école, ou il s'endort pendant la journée.
- **Changements de poids et d'appétit** : perte pondérale de plus de 3 kg par manque d'appétit ou d'appétence, ou prise pondérale de plus de 3 kg par consommation excessive de nourriture pour se reconforter.
- **Perte d'énergie et de capacité de joie de vivre** : il s'agit là d'un signe clair de dépression. Sous sa forme la plus extrême, une dépression ralentit les gestes et la réflexion des enfants.
- **Difficultés de concentration et de mémoire** : ces problèmes sont souvent associés à la distraction et à l'anxiété.
- **Périodes difficiles, pendant la journée** : si votre enfant vous dit qu'il se sent plus mal à certaines heures de la journée (par exemple, lorsqu'il est seul, la nuit) et que ce sentiment n'est pas lié à un stress particulier, c'est peut-être une question de dépression.
- **Pensées négatives**: lorsque l'enfant ne peut s'empêcher de penser, malgré lui, à la mort, à se faire du mal ou à nuire aux autres, il s'agit probablement d'une dépression.

De quoi les parents doivent-ils être conscients ?

En qualité de parents, il est vrai qu'il est difficile d'avoir des enfants qui sont esseulés, tristes, déprimés ou en colère. Les parents eux-mêmes craignent alors pour leurs enfants, se sentent

dépassés par les événements, désespérés ou accablés par le chagrin des enfants. C'est pour cela qu'il est important de trouver le moyen de gérer leur propre colère, tristesse, irritation et réactions concernant leurs enfants.

Que peut-on faire?

- 1. être à l'écoute et disponible pour apporter une aide:** si votre enfant se sent triste et déprimé, il est important de lui dire et lui faire comprendre que vous allez l'écouter, passer du temps avec lui et trouver l'aide qui lui est nécessaire, à l'extérieur s'il le faut.
- 2. s'informer sur ce que l'on ignore:** il convient de s'informer sur la manière dont la plupart des enfants se développent et grandissent. L'information peut être demandée auprès de professionnels de la santé, des professeurs à l'école ou au conseiller scolaire des enfants. Par exemple : « que se passe-t-il chez l'enfant qui le fait se conduire ainsi ? ». Vous n'avez peut-être la réponse mais vous pouvez commencer à vous demander ce que vous devriez savoir.
- 3. demander de l'aide auprès des autres mais garder confiance et savoir que nous, les parents, nous savons ce qui est le mieux pour nous enfants:** si l'on s'efforce de prendre soin d'un problème au sein de la famille, l'on indique ainsi aux enfants que leur sort nous préoccupe, que nous les aimons et qu'ils ont notre appui. Les échanges d'idées, l'expression de sentiments et la recherche de solutions ensemble, en qualité de famille, permet à nos enfants de venir nous parler, plus facilement, s'ils se sentent tristes. Il est également utile de les encourager, de leur démontrer notre affection et de ne pas les critiquer.

4. Encouragez vos enfants à :

- parler, exprimer leurs sentiments
- passer plus de temps en compagnie d'amis qui les comprennent
- faire connaître leurs sentiments aux personnes auxquelles ils font confiance
- prendre part à des activités qu'ils aiment
- faire de l'exercice, sans qu'il y ait concurrence
- trouver de nouveaux moyens de se détendre, par exemple aller au cinéma ou aller se promener

Comment faire face aux moments difficiles :

- 1. Sériez les problèmes d'ordre pratique :** proposer, par exemple, de prendre rendez-vous avec un professionnel de la santé, pour l'enfant ou avec quelqu'un qui peut les aider à comprendre leur propre situation.
- 2. Prévoir des activités spéciales qui feront plaisir à nos enfants :** par exemple planifier une sortie, ensemble.
- 3. S'efforcer de bien aller :** les enfants ont besoin de savoir que leur bien-être nous préoccupe et que nous avons confiance dans l'avenir : les choses iront mieux.
- 4. Se préparer activement à une régression ou à une déception :** il convient d'accepter que pour que la situation s'améliore, il faut du temps, des efforts et beaucoup d'énergie. La dépression est un état d'ordinaire passager chez les enfants, à condition de la repérer à temps et de les aider à se rétablir. Même s'il s'agit d'un problème de plus grande ampleur, c'est un état qui réagit toujours à un traitement professionnel. Le plus important quand on reconnaît la dépression reste de savoir que la dépression c'est aussi une maladie qui arrive chez les enfants et il convient de garder le dialogue avec nos enfants.

Que faire si l'enfant a besoin d'aide et que nous, parents, n'avons pas les réponses nécessaires?

- Téléphoner au service de santé mentale local pour demander conseil ou demander un rendez-vous avec un professionnel du centre.
- Parler au conseiller d'orientation de votre enfant.
- Téléphoner au centre de santé communautaire local.
- Consulter un généraliste pour qu'il vous recommande des collègues locaux, par exemple un psychologue pour enfant ou un pédiatre.

Pour tout renseignement local, veuillez contacter :

Cette fiche technique est reproduite avec l'autorisation du Children's Hospital de Westmead et le New South Wales Transcultural Mental Health Centre (Australie). Elle fait partie d'un projet collaboratif intitulé "Children of Culturally & Linguistically Diverse Backgrounds: Mental Health Project", disponible en plusieurs langues sur <http://www.tmhc.nsw.gov.au/translations/transinfo.htm>

WFMH présente ses remerciements pour l'utilisation de ces documents.



TROUBLES AFFECTIFS ET COMPORTEMENTAUX DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

Troubles de comportement perturbateur

Qu'est-ce que sont les troubles de comportement?

Les troubles de comportement perturbateur (TCP) se caractérisent par un schéma répétitif (durant plus de six mois) de comportement anti-social, pouvant gravement handicaper la capacité de fonction scolaire, professionnelle et sociale. Il s'agit en générale d'une infraction aux règles et aux droits des autres. Les TCP constituent l'une de formes les plus courantes de problème de santé mentale des enfants et des adolescents et affecte quelque 6% de tous les enfants et adolescents du monde entier. Le trouble oppositionnel avec provocation, un autre type de TCP, est un trouble relativement léger. Le trouble des conduites, un autre type de TCP, en est l'expression plus extrême.

Symptômes du trouble oppositionnel avec provocation et du trouble des conduites

Symptômes du trouble oppositionnel **(quatre au minimum)**

Accès d'humeur

Conflits fréquents avec des adultes

Refus d'autorité

Contrariant

Accusateur

Hypersensible

Revancharde/vengeur

Coléreux/rancunier

Symptômes du trouble des conduites **(trois au minimum)**

Mensonges

Conflits provoqués

Cruauté à l'égard des animaux

Cruauté à l'égard des autres
(harcèlement et menaces de
blessures ou autre)

Destructivité (incendies criminels ou
vandalisme)

Vols

Activité sexuelle coercitive et autres
comportements sexuels inappropriés

Délits (vols et cambriolages)

Qu'est-ce que sont les troubles oppositionnels avec provocation et des conduites?

Le trouble oppositionnel avec provocation se caractérise par un schéma persistant de comportements négatifs, hostiles, de défi et désobéissants. Sans traitement, ce trouble peut devenir une forme plus grave de TCP.

Le trouble des conduites se caractérise par une agressivité impulsive (sans préméditation) contre les animaux ou les personnes, dégâts de biens, mensonges ou enfreinte aux lois. Les enfants présentent éventuellement des symptômes des deux troubles, ce qui produit un diagnostic de trouble de comportement perturbateur, sans autre précision.

Traitement des troubles de comportement perturbateur

Il convient que les enfants qui présentent ces comportements fassent l'objet d'une évaluation exhaustive, car nombre des enfants ont sans doute des troubles coexistants, par exemple troubles de l'humeur, angoisse, syndrome de stress post-traumatique (SSPT), toxicomanie, hyperactivité avec déficit de l'attention (HADA) ou troubles de l'apprentissage. Une évaluation est donc essentielle car ces troubles exigent souvent des stratégies de traitement spécifiques. Une intervention immédiate est cruciale pour traiter les troubles de comportement perturbateur car près de la moitié des enfants souffrant de troubles perturbateurs graves deviennent des adultes souffrant de troubles de la personnalité. Un certain comportement « rebelle » est normal dans le développement de l'enfant, il s'agit d'un diagnostic de TCP s'il surpasse ce qui est approprié du point de vue du développement et qu'il handicape la fonction et les relations sociales, au foyer et à l'école.

Le meilleur traitement des comportements perturbateurs, graves et persistants, se trouve dans une démarche multidisciplinaire. La première étape, à la suite du diagnostic, consiste en une, ou plusieurs, interventions socio-psychologiques, par exemple une formation parentale (les parents apprennent à fixer des buts et des limites claires pour l'enfant, avec récompenses ou conséquences négatives, etc.). Si ces interventions sont insuffisantes, il convient alors d'ajouter un élément de médicament. Les médicaments spécifiques, sélectionnés, se fondent sur le type de symptômes présentés, leur durée et leur gravité en termes d'impact en terme de fonction sociale.

En ce qui concerne les symptômes plus graves, par exemple ceux associés aux troubles de comportement perturbateur, plusieurs types de médicaments ont été essayés, dont les psychostimulants, les neuroleptiques, les antidépresseurs et les bêtabloquants. Toutefois, le recours à ces médicaments en ce qui concerne les TCP graves est souvent limité en raison des effets secondaires. En outre les résultats ne sont pas concluants. Récemment, la risperidone a été brevetée dans certains pays pour traiter les symptômes comportementaux perturbateurs, par exemple l'agressivité impulsive, la cruauté contre les animaux et les personnes et les enfreintes aux règlements par défi.

Pour tout renseignement local, veuillez contacter :

Veillez consulter la fiche technique ci-jointe, relative aux troubles de comportement perturbateur « Que doivent savoir les parents ». Cette fiche a été réalisée par le Department Psychological Medicine du Children's Hospital at Westmead et le New South Wales Transcultural Mental Health Centre, dans le cadre d'un projet de collaboration intitulé « Children of Culturally & Linguistically Diverse Backgrounds : Mental Health Project ». Elle est également disponible sur <http://www.tmhc.nsw.gov.au/translations/transinfo.htm>

Source: Reproduction partielle tirée de "Backgrounder : Disruptive Behavior Disorders in Adults, Adolescents and Children," Janssen Pharmaceutica (2003).

Pour tout renseignement complémentaire, veuillez contacter :

The National Institute of Mental Health
Tél. : +1 301 443 4513
www.nimh.nih.gov

The Transcultural Mental Health Centre (Australie)
Tél. : +61 2 9840 3800
<http://www.tmhc.nsw.gov.au/translations/transinfo.htm>



TROUBLES AFFECTIFS ET COMPORTEMENTAUX DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

Troubles de comportement chez les enfants Ce que doivent savoir les parents

Qu'est-ce que sont les troubles de comportement?

Les troubles de comportement sont ce que les professionnels de la santé appellent les problèmes des enfants auxquels il est difficile de suivre les règles que les autres enfants acceptent.

Quelques exemples de ce type de problème:

- Refus d'obéir. La plupart des enfants sont désobéissants, ici et là, mais les enfants souffrant de troubles du comportement désobéissent presque tout le temps, même s'ils savent qu'ils seront punis.
- Accès de colère plus fréquents et plus graves que la moyenne des enfants de leur âge.
- Agressivité et comportement destructeur, par exemple dégâts des biens d'autrui, vol, menaces ou comportement dangereux.
- Désaccord constant, disputes et amplification de situations relativement peu importantes.
- Les enfants souffrant de troubles du comportement veulent souvent avoir le dernier mot.
- Refus de s'acquitter des tâches quotidiennes, par exemple de faire ses devoirs ou de se laver. La plupart des enfants mettent le désordre dans leur chambre et sont réticents à aider aux tâches ménagères. Mais le refus constant de faire quoi que ce soit et le mépris de l'hygiène et de la propreté corporelles sont moins courants.
- Tous les enfants mentent, tout particulièrement s'ils craignent qu'on les gronde ou s'ils veulent obtenir quelque chose, absolument. Mais les enfants souffrant de troubles du comportement mentent en constance, même lorsque ce n'est pas nécessaire.
- Les enfants souffrant de troubles du comportement présentent des comportements antisociaux, colère excessive et bordées de jurons, ou des comportements insultants par exemple cracher sur les gens. Ils méprisent les droits et les sentiments des autres.

Quelques appellations données aux formes extrêmes de ces types de comportements:

- **trouble oppositionnel avec provocation:** il s'agit du terme dont on se sert pour décrire les enfants qui se mettent vite en colère et qui se disputent souvent. Le trouble oppositionnel avec provocation est plus courant chez les jeunes enfants qui s'opposent à leurs parents et à leurs enseignants. Ces enfants ne sont d'ordinaire pas cruels, ni tyranniques, ni menteurs ni antisociaux. Mais ils peuvent acquérir ces traits si l'on ne traite pas leurs problèmes.
- **trouble des conduites:** il s'agit du terme dont on se sert pour décrire les enfants qui enfreignent constamment les règles rationnelles fixées par leurs parents ou leurs professeurs.
- **Trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (HADA):** il s'agit du terme dont on se sert pour décrire les enfants qui sont hyperactifs, irritables, distraits et impulsifs, davantage que la plupart des enfants, la plupart du temps. L'HADA porte également sur les problèmes d'attention, de concentration et autres de l'apprentissage.

Tous les enfants et tous les adolescents sont parfois difficiles. Chez certains enfants, il s'agit d'une réaction au stress de leur environnement. Si les parents par exemple traversent un divorce ou si

l'enfant quitte l'école primaire pour aller au lycée, l'enfant est stressé et difficile à vivre. Mais les problèmes dont nous parlons ici, les troubles du comportement chez les enfants durent plus longtemps que cela et sont plus difficiles. Les enfants souffrant de troubles du comportement ne réagissent pas forcément à nos soucis et à nos préoccupations et repoussent souvent ceux qui veulent les aider.

Si nos enfants souffrent de ces problèmes, il convient de réfléchir aux situations qui pourraient aggraver le problème:

1. Problèmes familiaux

- Lorsque nous avons nous-mêmes tant de problèmes, il est difficile de nous concentrer sur les problèmes de nos enfants
- Lorsque nous, parents, ne sommes pas d'accord sur la manière dont on peut aider nos enfants à résoudre leurs problèmes
- Lorsque nous, parents, nous nous disputons, devant nos enfants
- Lorsque nous, parents, nous les prenons à parti quand nous nous disputons
- Lorsque nous, parents, nous sommes inquiets de notre sécurité ou de notre bonheur

2. Toxicomanie et alcoolisme

- Lorsque l'enfant boit ou se drogue, sa personnalité se dégrade
- Lorsque nous, parents, nous nous droguons ou nous buvons, notre personnalité se dégrade
- Lorsque nous, parents, nous avons recours à la drogue ou à la boisson au lieu de faire appel à une aide médicale ou sociale

3. Pressions exercées par les camarades

- Lorsque leurs camarades exercent des pressions sur nos enfants pour qu'ils boivent ou se droguent
- Lorsque nous voulons que nos enfants se comportent autrement que ce que leurs camarades attendent d'eux
- Lorsqu'une pression est exercée sur nos enfants pour qu'ils se conduisent mal

4. Pressions scolaires

- Lorsque chaque professeur leur donne beaucoup de travail et ignore le travail que leur ont donné ses autres collègues
- lorsque nous attendons trop de nos enfants et les rendons anxieux
- lorsque nous attendons trop de nous-mêmes et que nos enfants suivent notre exemple
- lorsque nos enfants sont sujets à moquerie et qu'ils traversent des périodes difficiles à cause de leurs camarades

5. Pressions exercées par les enfants eux-mêmes

Si nos enfants sont sensibles de nature, il convient de leur apprendre comment se protéger pour qu'ils ne rencontrent pas de problèmes. Certains enfants hypersensibles tentent de s'endurcir pour se protéger et vont même jusqu'à tyranniser les autres. Parfois les enfants déprimés deviennent irritables et agressifs. Il arrive également que lorsque nos enfants ont ce type de problème, il nous est trop difficile d'y faire face. Nous voulons faire du mieux possible pour nos enfants, mais ne savons pas comment faire.

Comment aborder les enfants qui souffrent de troubles du comportement, en attendant de consulter un professionnel:

1. Prendre acte des points forts de l'enfant et ignorer ses points faibles.

2. Féliciter les enfants quand ils réussissent au lieu de les punir lorsqu'ils échouent ou se trompent.
3. Faire les choses qu'ILS aiment faire plutôt que ce que NOUS voulons qu'ils fassent.
4. Écouter nos enfants. Si nous voulons que nos enfants nous écoutent, il nous faut apprendre à les écouter, eux.
5. Être ouverts et justes. Si nous avons une bonne opinion de nos enfants, nous devons également reconnaître leurs exactions, scolaires ou pénales, et nous devons leur montrer notre soutien et notre honnêteté.
6. Montrer à nos enfants que nous ne rejetons pas la faute sur les autres lorsque nous nous trompons ou que les choses vont mal, par malchance.
7. Montrer à nos enfants comment se concentrer sur les solutions au lieu d'essayer de rejeter à tout prix la faute sur quelqu'un.
8. Encourager nos enfants à bien faire en leur donnant le bon exemple, au lieu de les forcer à bien faire sous la menace ou par la punition.
9. Laisser notre colère se calmer avant de parler avec nos enfants de leurs actes erronés.
10. Ne pas nous disputer avec notre conjoint d'une manière qui effraie ou qui terrorise les enfants.
11. Laisser les enfants s'exprimer lorsqu'ils sont préoccupés, sans immédiatement nous préoccuper. Ils voient ainsi que les préoccupations sont permises et que l'on peut en parler en toute confiance, pour les résoudre.
12. Fixer des règles justes et uniformes pour nos enfants.

Quand faut-il consulter un professionnel?

- Lorsque la famille est dans l'incapacité de faire face et que nous, parents, nous ne savons vraiment plus quoi faire.
- Lorsque le comportement perturbateur perturbe l'éducation des enfants, produit un danger pour les autres ou si la police s'en mêle.

Que faire si l'enfant a besoin d'aide et que nous, parents, n'avons pas les réponses nécessaires?

- Téléphoner au service de santé mentale local pour demander conseil ou demander un rendez-vous avec un professionnel du centre.
- Parler au conseiller d'orientation de votre enfant.
- Téléphoner au centre de santé communautaire local.
- Consulter un généraliste pour qu'il vous recommande des collègues locaux, par exemple un psychologue pour enfant ou un pédiatre.

Pour tout renseignement local, veuillez contacter :

Cette fiche technique est reproduite avec l'autorisation du Children's Hospital de Westmead et le New South Wales Transcultural Mental Health Centre (Australie). Elle fait partie d'un projet collaboratif intitulé "Children of Culturally & Linguistically Diverse Backgrounds: Mental Health Project", disponible en plusieurs langues sur <http://www.tmhc.nsw.gov.au/translations/transinfo.htm>

WFMH présente ses remerciements pour l'utilisation de ces documents.



Troubles de l'alimentation

Qu'est-ce que sont les troubles de l'alimentation?

Les troubles de l'alimentation constituent des perturbations graves du comportement alimentaire. Les enfants et les adolescents souffrant de troubles de l'alimentation diminuent gravement leur alimentation au point de s'affamer, il s'agit alors de l'anorexie. Ou alors, ils consomment une quantité excessive d'aliments et se font vomir, il s'agit là de la boulimie. Les enfants et les adolescents souffrant de troubles de l'alimentation sont obnubilés par leur poids et leur apparence corporelle et sont absolument terrorisés à l'idée de grossir. Ils se voient gros alors qu'ils sont filiformes. Les troubles de l'alimentation ne proviennent pas d'un manque de volonté, ni d'un comportement volontaire: ce sont des maladies réelles, médicales, que l'on peut traiter, où le schéma de l'alimentation insuffisante ou excessive se développe et ne peut être stoppé.

Identifier les troubles de l'alimentation: quels en sont les signes³?

Les parents demandent souvent comment savoir si leur enfant souffre d'un trouble de l'alimentation. Malheureusement, les adolescents arrivent souvent à cacher ces troubles graves, et parfois mortels, à leurs familles, pendant des mois ou des années. Il convient que les parents soient attentifs aux symptômes et signes ci-dessous, signalant l'anorexie ou la boulimie:

- Quelle que soit sa minceur, l'enfant se voit gros.
- L'enfant évite de manger avec sa famille.
- Il consomme de grandes quantités de nourriture, sans prendre de poids (par vomissement).
- Il se préoccupe constamment de son alimentation et de son régime.
- Il fait de l'exercice à l'excès pour perdre du poids.
- Il mange de façon compulsive, il dissimule des aliments ou mange en secret.
- Il porte des vêtements lâches pour dissimuler son corps.
- Il a un sentiment de maîtrise de soi en refusant de la nourriture.

Les troubles de l'alimentation sont en augmentation dans le monde entier

Les troubles de l'alimentation existent aujourd'hui dans le monde en développement et dans les pays développés. Ils apparaissent en dépit de la famine. Selon certaines études, l'un des facteurs liés à cette augmentation des troubles de l'alimentation se trouve dans l'exposition aux médias occidentaux et à leur influence sur les caractéristiques corporelles désirables.¹

Traitement²

Il est possible de traiter les troubles de l'alimentation et de rétablir un poids corporel sain. Plus précoce est leur diagnostic, ainsi que leur traitement, meilleurs seront les résultats. En raison de leur complexité, les troubles de l'alimentation exigent un plan de traitement exhaustif, comportant des médicaments et une orientation-conseil, avec un suivi fréquent. Les adolescents souffrant de troubles de l'alimentation ne savent souvent pas, ni ne sont en mesure de reconnaître qu'ils souffrent de ces troubles. Ils refusent donc de suivre un traitement et ont réellement besoin de l'appui de leur famille pour faire en sorte qu'ils se fassent soigner.

Le traitement de l'anorexie a pour but principal les éléments suivants: 1) récupérer le poids perdu par un régime très strict et les vomissements, 2) traiter les troubles psychologiques, notamment l'image déformée que l'enfant a de son corps, un manque d'estime de soi et des conflits interpersonnels, et 3) produire une rémission de longue durée, la rééducation ou une récupération totale. Il convient d'avoir recours aux médicaments pour les enfants ou les adolescents victimes d'anorexie *uniquement* lorsqu'une reprise de poids est amorcée. Certains agents bloquants sélectifs du recaptage de la sérotonine ont un effet utile pour maintenir la charge pondérale ou atténuer les sautes d'humeur et les symptômes anxieux de l'anorexie.

Le traitement de la boulimie a pour but principal de réduire ou d'éliminer les épisodes d'alimentation excessive et les vomissements induits. A cette fin, l'on a recours aux médicaments et à l'orientation-conseil. Plusieurs stratégies ont cours: établir un schéma de repas réguliers, sans alimentation excessive, l'atténuation des comportements liés au trouble de l'alimentation, encourager l'exercice sain sans être excessif, et régler les états de santé parallèles, par exemple les troubles d'humeur ou l'angoisse. Il s'agit là des buts visés par ces stratégies. Les médicaments, principalement les médicaments anti-dépressifs, par exemple les agents bloquants sélectifs de recaptage de la sérotonine se sont révélés efficaces pour les boulimiques, notamment ceux qui présentent des symptômes graves de dépression ou d'angoisse, ou ceux qui ne réagissent pas suffisamment aux traitements psychosociaux. Ces médicaments sont également utiles pour empêcher les rechutes.

Pour tout renseignement local, veuillez contacter :

Pour tout renseignement complémentaire:

Mental Health Association of New South Wales

Phone: +61 2 9816 5688

www.mentalhealth.asn.au

National Eating Disorders Association

Phone: +1 206 382 3587

www.nationaleatingdisorders.org

References:

¹ Organisation mondiale de la Santé (OMS) Department of Mental Health and Substance Dependence. *Caring for Children and Adolescents with Mental Disorders: Setting WHO Directions*. Genève, 2003.

² Eating Disorders: Facts about Eating Disorders and the Search for Solutions." (2001). The National Institute of Mental Health.

³ The Mental Health Association of New South Wales. "Body Image and Eating Problems." New South Wales, 2003.



Difficultés d'apprentissage

Les parents s'inquiètent souvent lorsque leurs enfants ont des problèmes d'apprentissage scolaire. Les échecs scolaires ont de nombreuses raisons, mais la plus courante est une difficulté d'apprentissage précise. Les enfants souffrant de difficultés d'apprentissage ont d'ordinaire une intelligence tout à fait normale. Ils s'efforcent de suivre les instructions, de se concentrer, de bien faire à la maison et à l'école. Toutefois, en dépit de leurs efforts, ils n'arrivent pas à maîtriser les matières scolaires et prennent du retard. Les difficultés d'apprentissage touchent un enfant d'âge scolaire sur dix, au minimum.

Selon certaines recherches, les difficultés d'apprentissage proviennent d'un problème du système nerveux qui affecte la réception, le traitement ou la communication de l'information. Ces difficultés sont parfois congénitales. Certains enfants souffrant de difficultés d'apprentissage souffrent également d'hyperactivité: incapables de rester assis sans bouger, facilement distraits, ils ont un pouvoir de concentration restreint.

Selon les psychiatres pour enfants et adolescents, les difficultés d'apprentissage peuvent être soignées. Toutefois, si elles ne sont pas détectées et soignées de façon précoce, elles font boule de neige. Par exemple, un enfant qui n'apprend pas à additionner à l'école élémentaire ne pourra pas comprendre l'algèbre au lycée. Il a beau essayer d'apprendre, sans résultat, il s'irrite, il développe des problèmes affectifs, ou il aura peu d'estime de soi en raison de ses échecs réitérés. Certains enfants qui souffrent de difficultés d'apprentissage sont dissipés à l'école car ils préfèrent qu'on les croie mal élevés que stupides.

Il convient que les parents soient avertis des signes les plus fréquents des difficultés d'apprentissage:

- L'enfant a du mal à comprendre les instructions et à les suivre.
- L'enfant a du mal à se souvenir de ce qu'on vient juste de lui dire.
- L'enfant a du mal à apprendre à lire, à écrire, à compter, et il connaît l'échec scolaire.
- L'enfant a du mal à reconnaître la droite de la gauche, il lui est difficile d'identifier les mots, ou il a tendance à inverser les lettres, les mots ou les chiffres (il confond par exemple 25 et 52, le b et le d, non et ono).
- L'enfant manque de coordination lorsqu'il marche, qu'il pratique un sport ou toute autre activité mineure (tenir un stylo ou attacher ses lacets).
- L'enfant perd facilement, ou égare ses devoirs, ses livres d'école et d'autres objets.
- L'enfant ne comprend pas la notion de temps: il confond hier, aujourd'hui et demain.

Ces problèmes doivent faire l'objet d'une évaluation exhaustive, réalisée par un spécialiste qui est en mesure de faire le constat de toutes les différentes questions qui affectent cet enfant. Un psychiatre pour enfants ou pour adolescents peut coordonner cette évaluation et collaborer avec les médecins scolaires et autres, pour réaliser ces tests en milieu scolaire et déterminer si l'enfant souffre effectivement d'une difficulté de l'apprentissage. Il s'agira notamment de s'entretenir avec

l'enfant et sa famille, d'évaluer sa situation, de passer en revue les examens scolaires et de consulter les professeurs. Le psychiatre pour enfants ou pour adolescents présentera alors ses recommandations en matière de placement scolaire, des services de tuteur ou des services d'éducation spéciale, d'orthophonie et pour aider les parents à venir en aide à leur enfant pour décupler son potentiel d'apprentissage.

Les recommandations incluent parfois une psychothérapie individuelle ou familiale. Des médicaments peuvent également être prescrits contre l'hyperactivité ou la distraction. Il est important de renforcer chez l'enfant la confiance en soi, essentielle au développement sain. Cela permet également aux parents et aux familles de mieux comprendre les réalités de la vie aux côtés d'un enfant souffrant de difficultés d'apprentissage, pour y faire face.

Source: tiré en partie de "Children with Learning Disabilities" (1999) The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Copyright © 2003 by the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.

Pour tout renseignement local, veuillez contacter :

Pour tout renseignement complémentaire:
National Center for Learning Disabilities (NCLD)
<http://www.nclld.org/>

The National Information Center for
Children and Youth with Disabilities
Tél.: +1 800 695 0285
<http://www.nichcy.org>

The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
Tél.: +1 800 333 7636
www.aacap.org

The National Institute of Mental Health
Tél.: +1 301 443 4513
www.nimh.nih.gov



TROUBLES AFFECTIFS ET COMPORTEMENTAUX DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

La Schizophrénie

Qu'est ce qu'est la schizophrénie?

La schizophrénie est une maladie médicale, qui provoque des pensées et des sentiments étranges et un comportement inhabituel. Il s'agit d'une maladie psychiatrique peu courante chez les enfants et elle est difficile à reconnaître dans ses premières phases, mais elle apparaît souvent à l'adolescence.

Identification de la schizophrénie des enfants et des adolescents

Les psychiatres recherchent plusieurs symptômes précoces chez les enfants et les adolescents schizophrènes, notamment:

- Hallucinations auditives et visuelles
- Comportement et/ou discours étranges ou excentriques
- Pensées et idées bizarres ou inhabituelles
- Confusion entre la télévision, les rêves et la réalité
- Réflexion confuse
- Sautes extrêmes d'humeur
- Notions de persécution (violence ou parole)
- Comportement analogue à celui d'un enfant beaucoup plus jeune
- Angoisse et crainte profondes
- Difficultés relationnelles avec les camarades et les amis
- Isolement et isolation accrue (retrait dans sa coquille)
- Régression de l'hygiène corporelle

Le comportement des enfants schizophrènes change lentement au fil du temps. Par exemple, les enfants qui aimaient le contact avec les autres deviennent timides ou s'isolent et semblent vivre dans leur propre monde. Ils parlent de frayeurs et d'idées bizarres. Ils s'accrochent à leurs parents ou racontent des choses illogiques. Ces problèmes précoces peuvent être notés tout d'abord par les enseignants. Selon les études de la schizophrénie infantile, il existe un schéma de développement progressif anormal du cerveau¹.

Traitement de la schizophrénie

Les enfants souffrant des problèmes et des symptômes ci-dessus doivent faire l'objet d'une évaluation complète. D'ordinaire ces enfants doivent faire l'objet de plans de traitement exhaustifs, avec l'appui d'autres professionnels. Il est souvent nécessaire d'avoir recours à une combinaison de médicaments, thérapie individuelle, thérapie familiale et programmes spécialisés (école, activités, etc). Les médicaments sont utiles pour bon nombre des symptômes et des problèmes identifiés. Ces médicaments exigent un suivi soigneux par un psychiatre pour enfants et pour adolescents. Il convient que les parents demandent à leur médecin ou leur pédiatre de famille de les aiguiller sur un psychiatre pour enfants et pour adolescents, formé et compétent précisément dans l'évaluation, le diagnostic et le traitement des enfants souffrant de schizophrénie.

Source: Reproduction, avec autorisation, de « Schizophrenia in Children »2000, The American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. Copyright © 2003 by the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.

Pour tout renseignement local, veuillez contacter :

Pour tout renseignement complémentaire, veuillez contacter :

The National Alliance for Research on Schizophrenia and Depression (NARSAD)

Tél. : +1 800 829 8289

www.narsad.org

The National Institute of Clinical Excellence

(Les directives relatives au traitement de la schizophrénie sont disponibles auprès du National Institute for Clinical Excellence, Royaume Uni, sur http://www.nice.org.uk/pdf/media_briefing_FINAL.pdf).

Tél. : +44 (0) 20 7067 5800

www.nice.org.uk/

The National Institute of Mental Health

Tél.: +1 301 443 4513

www.nimh.nih.gov

The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

Tél.: +1 202 966 7300 or +1 800 333 7636

www.aacap.org



Manque de sommeil des enfants et des adolescents

Pour nombre de parents de nourrissons et de jeunes enfants, le sommeil et les questions connexe constituent une difficulté. Certains nourrissons et petits enfants s'endorment facilement et dorment même une nuit complète, pour d'autres jeunes enfants, le sommeil est indésirable et semble fugace, au grand chagrin des parents qui comprennent la valeur d'une bonne nuit de sommeil. Dix ans plus tard, les mêmes parents s'efforcent de tirer du lit des adolescents ensommeillés, pour qu'ils se préparent pour aller à l'école. De nombreux parents signalent, de façon anecdotique, que la privation de sommeil ou des schémas de sommeil médiocres aient une incidence sur le comportement de leur enfant, relativement peu d'études scientifiques ont établi les conséquences d'un manque de sommeil sur les humeurs, les comportements et la performance scolaire.

Le sommeil et le développement précoce du cerveau

Selon la recherche, chez les adultes, le sommeil joue un rôle important quant au fonctionnement du cerveau, particulièrement en ce qui concerne l'apprentissage et la mémoire. Les nourrissons passent davantage de temps à dormir que les adultes, l'on se penche sur le sujet pour comprendre pourquoi le sommeil est si indispensable pendant cette période de la vie et quelles incidences sur le développement du cerveau le sommeil peut avoir pendant la petite enfance. Selon les quelques études qui ont été réalisées auprès des enfants au sommeil normal et les enfants privés de sommeil, les éléments cliniques relèvent les éléments suivants :

- La prévalence et la mesure dans laquelle le sommeil perturbé ou restreint chez les enfants et les adolescents est plus important qu'on ne le pensait jusque-là.
- Un sommeil insuffisant ou perturbé entraîne la somnolence pendant la journée. Selon la plupart des études, il existe un lien solide entre les perturbations du sommeil et les problèmes comportementaux.
- La perturbation du sommeil est toujours associée à une diminution de l'humeur positive.
- Selon les recherches¹ préliminaires, le sommeil et la déperdition de sommeil produiraient une modification des gènes qui contrôlent, semble-t-il, le développement du circuit ou des connexions du cerveau.

Le sommeil et l'hyperactivité avec déficit de l'attention (HADA)

L'HADA est l'un des troubles les plus courants de l'enfance. Les perturbations du sommeil ont été associées à l'HADA, même si le rapport entre les deux n'est pas totalement compris.

Selon des éléments probants, il semblerait que la partie du cerveau qui contrôle le sommeil contrôle également l'attention et le réveil. Il n'existe pas de résultat probant indiquant que les enfants souffrant d'HADA possèdent des schémas de sommeil différents des autres enfants, toutefois les études réalisées auprès des parents indiquent que les enfants souffrant d'HADA ont du mal à s'endormir, souffrent d'un sommeil agité et de réveils nocturnes (Owens et al 2000). Des études plus rigoureuses doivent être réalisées pour mieux comprendre le rapport entre l'HADA et les troubles du sommeil.

Le sommeil à l'adolescence

Selon de nouveaux éléments probants, les changements hormonaux de la puberté affectent les cycles du sommeil et de l'éveil des adolescents. De fait, les changements biologiques dynamiques qui interviennent à la puberté entraînent un endormissement et un réveil plus tardifs pour les adolescents. Pour bon nombre, cela signifie qu'ils n'ont pas les neuf heures, optimum de sommeil qui leur sont nécessaires, car un grand nombre d'adolescents vont se coucher tard et se lèvent tôt pour aller à l'école. Cette carence constante de sommeil a des incidences sur le fonctionnement au foyer et à l'école. Selon la recherche, une carence chronique de sommeil produit une diminution de la vivacité d'esprit, y compris une incidence négative sur l'humeur, la vigilance et le temps de réaction, l'attention, la mémoire et la maîtrise comportementale. Ces changements de comportement sont par la suite associés à une performance scolaire médiocre, des comportements plus fréquents de prise de risques et de blessures (Dahl 1999, Fallone et al 2002).

Pour tout renseignement local, veuillez contacter :

Source: Les renseignements contenus dans ce document se fondent sur *The 2003 National Sleep Disorders Research Plan.* The NIH Trans-NIH Sleep Research Coordinating Committee, The National Center on Sleep Disorders Research and the National Heart, Lung and Blood Institute, The National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services. Rockville, M.D.

Pour tout renseignement complémentaire, veuillez contacter :

The National Heart, Lung, and Blood Institute,
The National Center for Sleep Disorders
Tél. : +1 301 592 8573 or +1 240 629 3255 (TTY)
www.nhlbi.nih.gov/about/ncsdr/index.htm

Références :

Dahl, R.E. The consequences of insufficient sleep for adolescents: Links between sleep and emotional regulation. *Phi Delta Kappan*, 80: 354-359.

Fallone G, Owens JA, Deane J. (2002). Sleepiness in children and adolescents: clinical implications. *Sleep Med Rev*, Aug;6(4):287-306.

Owens JA, Maxim R, Nobile C, McGuinn M, Msall M. (2000). Parental and self-report of sleep in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 154(6):549-55.

(Footnotes)

¹ Modèle animal.



Tics convulsifs et syndrome de Gilles de La Tourette

Qu'est-ce que sont les tics?

Une partie du corps qui bouge, sans relâche, rapidement, de façon soudaine et incontrôlable : il s'agit d'un tic. Les tics peuvent survenir au visage, épaules, mains ou jambes. Ils peuvent être stoppés, par la volonté, pendant de brefs instants. Les bruits involontaires (raclement de la gorge) sont des tics vocaux. La plupart des tics sont légers et quasi-invisibles. Toutefois, dans certains cas ils sont fréquents et graves et ils peuvent toucher bon nombre de domaines de la vie d'un enfant.

Identification des tics convulsifs ou du syndrome de Gilles de La Tourette

Le trouble des tics le plus courant se nomme « tic transitoire », et il touche quelque dix pour cent des enfants, aux premières années de leur scolarité. Les enseignants ou autres personnes remarquent éventuellement ces tics convulsifs et peuvent se demander si l'enfant est stressé ou « nerveux ». Les tics transitoires disparaissent d'eux-mêmes. Certains empirent sous l'effet de l'angoisse, de la fatigue et de certains médicaments. D'autres tics ne disparaissent pas. Les tics qui durent un an ou plus, sont des « tics chroniques ». Ces derniers touchent moins d'un pour cent des enfants et sont éventuellement liés à une syndrome des tics inhabituelle, nommée syndrome de Gilles de La Tourette.

Les enfants souffrant du syndrome de Gilles de La Tourette ont des tics corporels et vocaux. Certains tics disparaissent l'âge adulte et d'autres continuent. Les enfants atteints du syndrome de La Tourette présentent des difficultés d'attention, de concentration et d'éventuels troubles de l'apprentissage. Ils agissent de manière impulsive ou sont atteints d'obsessions et de compulsions.

Certaines victimes du syndrome de La Tourette lâchent des mots obscènes, des insultes ou font des gestes et des mouvements obscènes. Ils ne peuvent contrôler ces mots, ces sons et ces mouvements et il convient de ne pas les leur reprocher. Les punitions administrées par les parents, les moqueries de leurs camarades et les rodomontades des professeurs ne peuvent en aucun cas amener les enfants à contrôler leurs tics et les blessent. Une évaluation médicale exhaustive, souvent avec consultation pédiatrique et/ou neurologique, déterminera si l'enfant est atteint du syndrome de La Tourette ou d'une autre syndrome de tics convulsifs.

Traitement des tics convulsifs et du syndrome de Gilles de La Tourette

Le traitement d'un enfant atteint d'un trouble de tics convulsifs comprendra des médicaments pour maîtriser les symptômes. Le psychiatre pour enfants et pour adolescents pourra également conseiller à la famille les moyens d'apport d'appui affectif, ainsi que l'environnement éducatif approprié, pour l'enfant.

Source: Reproduction tirée de "Tic Disorders" (2000). The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, sur www.aacap.org

Pour tout renseignement complémentaire, veuillez contacter:

The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

Tél.: +1 202 966 7300 or +1 800 333 7636

www.aacap.org

The Tourette Syndrome Association, Inc.

Tél.: +1 718 224 2999

<http://www.tsa-usa.org>

The Tourette Syndrome Association (UK)

Tél.: +44 08 45 45 81 252

<http://www.cwgsy.net/community/tosy/information.htm>

Association Française du Syndrome Gilles de La Tourette

Tél.: +33 01 39 50 10 00

<http://www.afsgt-tourette-france.org/main.html>

Pour tout renseignement local, veuillez contacter :

Santé mentale des enfants et des adolescents: progrès de la recherche

Dans le monde entier, l'on souhaite que les enfants soient en bonne santé physique et mentale. Une bonne santé mentale, dès les premières années de la vie, reposant sur les relations solides entre les nourrissons et leurs parents, ou avec ceux qui s'occupent d'eux, reste essentielle pour la santé et le développement de l'enfant. Ce bon départ dans la vie permet aux enfants et aux adolescents de mieux réussir les jalons cognitifs, sociaux et affectifs de leur développement, de nouer des rapports sociaux satisfaisants et de faire face à la vie quotidienne (USDHHS 1999). Mais certains enfants, dans le monde, courent le risque de graves troubles affectifs et comportementaux en raison de leur environnement économique et social qui entrave un développement physique et mental sain, restreignant ainsi leur potentiel. Il s'agit notamment de la pauvreté, d'une mauvaise hygiène, de maladies infectieuses et d'un accès restreint ou inexistant aux soins de santé de base.

Le vécu du jeune enfant, notamment son environnement et les rapports qu'il noue avec ceux qui l'entourent, joue un rôle important dans son développement, comme le rappelle le rapport fondamental, *From Neurons to Neighborhoods*. Ce rapport récapitule les éléments scientifiques relatifs au développement du jeune enfant, les éléments avérés du développement de l'enfant au cours des premières années de leur vie, et ce faisant, il constitue un guide exhaustif pour tous les pays, dans leurs efforts de mise en place des systèmes qui entourent de soins, protègent et garantissent le bien-être de l'enfant (The National Research Council and Institute of Medicine, 2000) (cf. ci-dessous « La Science du développement du jeune enfant: Dix notions principales»). Mais le vécu du jeune enfant, y compris son environnement affectif riche en stabilité et uniformité, n'est pas l'unique élément important de son développement précoce. La génétique joue également son rôle. Nous savons que les gènes de l'enfant, le plan qui contrôle leur développement propre, agit intégralement avec leur environnement pour soit les protéger ou pour promouvoir les possibilités de graves troubles affectifs ou comportementaux. Un enfant vulnérable du point de vue génétique ou biologique est moins à même de souffrir d'un trouble dans un environnement protecteur. À l'inverse, un environnement débilisant peut mener à un trouble, alors même que l'enfant n'est ni génétiquement, ni biologiquement vulnérable.

Quelles que soient les frontières culturelles ou politiques, quelque 20% des enfants du monde entier, souffrent de nos jours de troubles affectifs et comportementaux graves (OMS 2001). Mais l'espoir perdure, car l'on connaît aujourd'hui bien mieux le développement du cerveau, l'interaction entre l'esprit, le cerveau et l'environnement qui mène aux troubles mentaux. Depuis des dizaines d'années, de nombreux enfants, adolescents et leurs familles ont bénéficié des progrès révolutionnaires de la science en matière d'identification, de prévention et de traitement des graves troubles affectifs et comportementaux. Les résultats de ces recherches, et leur traduction par la suite dans le contexte de cabinets de médecin, sont essentiels pour la santé et le développement de tous les pays. Les stratégies d'interventions de prévention et de traitement, couronnées de succès, permettent aux enfants et aux adolescents souffrant de problèmes de santé mentale de remplir leur potentiel et de contribuer pleinement aux sociétés dans lesquelles ils vivent.

Parallèlement à ces progrès révolutionnaires de la recherche des dix dernières années, il convient de citer l'intérêt mondial accru quant à la protection des droits des enfants et à l'amélioration de leur santé, et notamment, de leur santé mentale. En 1989, la communauté internationale a adopté le concept selon lequel il convient de protéger le bien-être de tous les enfants, ratifiant la Convention des Nations Unies sur le droits des enfants (ONU 1989). En outre, l'Organisation mondiale de la

santé, dans le cadre de l'année consacrée à la santé mentale, a publié un rapport exhaustif sur les besoins des enfants en matière de santé mentale, comment les remplir, et a mis en œuvre une campagne de lutte contre la stigmatisation (OMS 2001). En outre, la première conférence mondiale sur la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles comportementaux s'est tenue aux Etats-Unis en 2000. Vingt-sept pays y ont pris part. Une conférence de suivi s'est tenue en 2002 (WFMH 2000). Et enfin, dans le droit fil de ces progrès dynamiques de la recherche et de l'intérêt mondial accru sur ce sujet. Les familles ont pris part, comme jamais auparavant, à l'identification, à la prévention et au traitement des problèmes de santé mentale de leurs enfants et de leurs adolescents.

La Science du développement du jeune enfant: Dix notions principales

1. le développement humain est modelé par une interaction dynamique et continue entre la biologie et le vécu.
2. La culture influe sur tous les éléments du développement humain et se retrouve dans les principes et les pratiques selon lesquelles les enfants sont élevés, pour promouvoir une adaptation saine.
3. La croissance de l'auto-régulation constitue la pierre angulaire du développement du jeune enfant, dans tous les domaines comportementaux.
4. Les enfants participent activement à leur propre développement. Ils sont porteurs de la volonté intrinsèque à la personne humaine, d'explorer et de maîtriser son environnement.
5. Les rapports humains et les effets des rapports sur les rapports, constituent les fondements d'un développement sain.
6. La vaste gamme de différences individuelles chez les jeunes enfants ne permet pas de faire facilement la distinction entre les variations normales et les différés de maturité d'un côté et les troubles temporaires et les handicaps persistants de l'autre.
7. Le développement de l'enfant suit des voies individuelles dont les trajectoires se caractérisent par des continuités et des discontinuités, ainsi que par des séries de transitions importantes.
8. Le développement humain est modelé par l'entrecroisement constant des sources de vulnérabilité et les sources de résistance.
9. Le rythme des premières expériences est peut-être important, mais le plus souvent, l'enfant qui se développe reste vulnérable aux risques et ouvert aux influences protectrices, tout au long des premières années de sa vie, jusqu'à l'âge adulte.
10. La trajectoire du développement peut être modifiée à la petite enfance par des interventions efficaces qui modifient l'équilibre entre le risque et la protection, ce qui produit davantage de possibilités de résultats adaptatifs.

Source: National Research Council and Institute of Medicine, 2002

Identification des graves troubles affectifs et comportementaux des enfants et des adolescents

La constatation selon laquelle les troubles mentaux peuvent toucher les enfants et les adolescents constitue un phénomène relativement nouveau. Il y a trente ans, les premiers schémas de classement des troubles mentaux de l'enfant (International Classification of Diseases – ICD) ont été créés et des critères de diagnostic ont été mis au point pour dresser les catégories des troubles mentaux des enfants (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM). L'ICD offre à tous les pays un cadre d'évaluation et de compréhension de la santé mentale des enfants. De nombreux pays industrialisés ont recours à l'ICD, d'autres s'efforcent d'intégrer leur propre cote dans l'ICD.

Ces dernières dix années, divers nouveaux outils de diagnostic et d'évaluation ont également été mis au point, aux fins de recherche et d'épidémiologie (par exemple Diagnostic Interview Schedule for Children 2.3, Reporting Questionnaire for Children – RQC).

La conjugaison de ces outils de diagnostic et d'évaluation fournit les informations indispensables concernant les enfants et les adolescents, au niveau individuel et démographique, permettant ainsi aux cliniciens et aux décideurs d'évaluer la santé mentale des jeunes. De ce fait, il existe dans les pays développés une meilleure sensibilisation quant aux troubles mentaux importants, notamment le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (HADA) et la dépression.

Certes, des progrès ont été réalisés, même dans les pays développés, mais quelque 80% des enfants qui auraient besoin d'un traitement n'en bénéficient pas (Kataoka et al., 2002). La gamme et le taux de symptômes psychiatriques des enfants dans les pays en développement sont analogues à ceux des pays industrialisés, dans la plupart des pays en développement, les informations sur l'identification et le traitement des troubles affectifs et comportementaux graves des enfants sont lacunaires (Fayyad, Jahsha & Karam 2001). Le rassemblement des données sur la santé mentale des enfants, dans les pays en développement, est essentielle pour comprendre les facteurs de risque culturellement spécifiques des populations, et pour saisir les maladies dominantes que représentent les troubles affectifs et comportementaux graves dans chaque pays. Dans l'ensemble, dans les pays en développement, les services de santé mentale à l'heure actuelle sont insuffisants et le personnel de ce secteur est trop peu formé (Giel et al., cité dans Fayyad et al. 2001), bien que des efforts sont en cours dans nombre de pays en développement pour mieux cerner (et traiter) ceux qui sont concernés par ces besoins (Belfer 2003).

Prévention des troubles affectifs et comportementaux graves

Chez bon nombre d'enfants et d'adolescents, les problèmes de santé mentale sont aptes à la prévention. Les problèmes de santé mentale, définis par le New South Wales Health Department (Australie), constituent « une perturbation des interactions entre la personne, le groupe et

Identification et traitement des troubles mentaux des enfants et des adolescents: conserver une optique développementale, cruciale

Il est difficile d'identifier les problèmes de santé mentale des enfants et des adolescents en raison de la rapidité avec laquelle ils grandissent et se développent pendant les 20 premières années de leur vie. Il est donc parfois difficile de déterminer si certains éléments font partie de leur développement normal, ou s'il s'agit d'anomalies. Par exemple, l'anxiété de la séparation chez un enfant d'âge préscolaire est normale, mais elle ne l'est pas chez un enfant de 13 ans. L'identification, la prévention et le traitement de graves troubles affectifs et comportementaux chez les enfants et les adolescents doivent se situer dans leur contexte développemental. Ce qui signifie que les interventions mises au point doivent convenir à l'âge et à l'étape du développement du sujet et, en outre, il convient qu'elles concordent du point de vue culturel (Davis 2002).

l'environnement, produisant un état amoindri de santé mentale positive » (Scanlon 1997 et al, cité dans Davis 2002). La prévention des problèmes de santé mentale et la promotion d'une bonne santé mentale sont étroitement liés. En l'occurrence, les efforts de promotion d'une santé mentale positive ont également une incidence sur la prévention des troubles mentaux.

D'importantes recherches ont été réalisées sur la prévention des problèmes de santé mentale. Les chercheurs ont étudié le développement normal et anormal (psychopathologie), à tous les niveaux, moléculaire et individuel, ainsi que les niveaux programmatiques plus amples (communauté, Etat et nation). De nombreuses informations ont été obtenues, y compris l'identification des périodes délicates, les facteurs de risque et de protection, les vulnérabilités génétiques et environnementales concernant les troubles mentaux (NAMHC 2001). Selon des éléments scientifiques probants, les interventions de prévention et de traitement, opportunes, sont rentables (Dorfman 1999 cité dans Davis 2002). Quelques exemples de programmes de prévention efficaces:

- **Petite enfance et enfance:** un programme de visites d'infirmières, visant à améliorer les issues chez les nourrissons des familles à haut risque, aux Etats-Unis, a produit des résultats positifs, précoces et à long terme (Olds et al. 1999, cité dans NAMHC 2001).
- **Phase intermédiaire de l'enfance et école élémentaire:** les programmes pro-sociaux, notamment le programme anti-harcèlement d'Olweus en Norvège (Oweus 1994, cité dans Davis 2002), et le cursus P.A.T.H.S. destiné à prévenir la dépression chez les enfants de parents déprimés (Greenberg et al. 1998) se sont révélés efficaces. Le programme de formation à la gestion parentale (Parent Management Training – PMT), mis au point et appliqué en Norvège, qui vise à prévenir les problèmes comportementaux graves chez les enfants (de 5 à 12 ans), est prometteur (Askeland, cité dans WFMH 2000).
- **Première phase de l'adolescence et BEPC:** un programme de lutte contre le harcèlement (Olweus 1994 cité dans Davis 2002), un programme de dynamique de vie (Botvin et al 1998) et un programme de prévention de la dépression des enfants de parents déprimés, sont prometteurs (Beardslee et al, en cours d'impression, Beardslee 2002, Beardslee et al. 1996).

Bien qu'il existe aujourd'hui de nombreux programmes de prévention efficaces, des questions perdurent sur la manière dont les pays développés appliquent ces démarches préventives et en quoi ils peuvent appuyer les pays en développement dans le déploiement de programmes de prévention analogues. Certaines de ces problématiques englobent les disparités de technologie et d'infrastructure, la richesse, le chômage et la pauvreté, ainsi que les différences entre les méthodes de recherche (y compris les outils d'évaluation). Nombre de ces questions constituent le point de mire de travaux en cours dans le cadre de la recherche sur la prévention. Les possibilités de recherche dans ce domaine sont les suivantes: 1) identification des risques en cours de première phase du développement, 2) améliorer la nosologie (classement des maladies), 3) alignement entre l'épidémiologie, les processus de base et le développement des interventions, et 4) promotion du passage de la recherche au développement.

La mise en place de programmes de prévention et d'intervention précoce provient découle non seulement des résultats de recherches rigoureuses, mais également des politiques que suit chaque pays. Seuls 18% des pays possèdent, de nos jours, des politiques de santé mentale des enfants et des adolescents (Shatkin & Belfer, en cours d'impression). Ce qui signifie que la majorité des pays sont dépourvus de politiques adéquates, et donc de ressources adéquates, pour assurer des programmes de prévention et d'intervention. Les pays développés eux-mêmes, possédant des politiques de santé mentale des enfants et des adolescents, ont peu de ressources dans ce domaine et le plus souvent, ces ressources sont en lice avec d'autres thèmes sociaux critiques. « Le Guide du Citoyens pour la promotion de la santé mentale », inclut dans le dossier d'information de la Journée mondiale de la

Principes généraux sous-tendant le besoin de programmes de prévention et de promotion de la santé mentale des enfants et des adolescents

- La santé est incomplète si la santé mentale est absente: la santé mentale fait partie intégrante de la santé et de la qualité de vie.
- Les troubles mentaux et comportementaux ont pris des proportions épidémiques et créent un lourde charge socio-économique pour la société.
- Pour prendre en charge l'épidémie de troubles mentaux et comportementaux, la prévention et la promotion doivent être reconnues comme faisant partie intégrante d'une démarche de santé publique, aux côtés du traitement et de la phase d'entretien.
- En raison de leurs effets positifs dans plusieurs secteurs, éducation, économie et juridique, la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux et comportementaux sont dans l'intérêt, collectif, de divers groupes d'intéressés. Il existe une possibilité de développement de coalitions intersectorielles solides pour la promotion et la prévention, à tous les niveaux, mondiaux, régionaux, nationaux et locaux.
- La discrimination et la stigmatisation concernant les troubles mentaux et comportementaux entrave le développement et la prestation de services de prévention, traitement, entretien et réinsertion.
- Des programmes et des politiques avérés existent afin de promouvoir la santé mentale, renforcer la résistance, réduire les facteurs de risque, amplifier les facteurs de protection et prévenir les troubles mentaux et comportementaux.
- Selon des éléments probants accrus, ces pratiques sont économiques.
- Le renforcement de la santé mentale et de la résistance réduit le risque de troubles mentaux et comportementaux, tout en contribuant à une meilleure santé physique, au bien-être, à une vie productive, au capital social, à des environnements plus sûrs et aux avantages économiques.

Source: The World Federation for Mental Health, 2000.

santé mentale 2003 de la WFMH explique plus en détail la raison pour laquelle ces politiques constituent le fondement de la mise au point de systèmes de services de santé mentale et offre des stratégies, pour tous les pays, pour l'élaboration de ce type de politique. En outre, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) va bientôt publier des directives sur le développement d'une politique de santé mentale des enfants et des adolescents (Shatkin & Belfer, en cours d'impression).

Systemes de traitement et de services

En l'absence de traitement, les problèmes de santé mentale de l'enfance et de l'adolescence ont souvent des séquelles qui durent toute une vie. Pour les familles du monde entier dont les enfants ou les adolescents souffrent de graves troubles affectifs et comportementaux, de nouveaux traitements, comportementaux et médicamenteux, ou les deux, sont efficaces pour toute une gamme de maladies mentales. Citons certains de ces traitements:

- **HADA:** les résultats d'une étude américaine importante, multicentrique, permet de mieux comprendre les traitements de qualité de l'HADA. Selon les résultats, les médicaments alliés à un traitement thérapeutique surpassent les seuls traitements comportementaux et les soins

ordinaires, dans le cadre des symptômes principaux de l'HADA et ce, jusqu'à 14 mois. Toujours selon cette étude, un traitement mixte est nécessaire pour donner des résultats stables supérieurs aux soins communautaires en ce qui concerne les symptômes hors HADA et les résultats fonctionnels (NAMHC 2001). Ces résultats ont mené à l'élaboration de nouvelles recommandations pratiques destinées aux pédiatres et autres professionnels de la santé.

Principaux progrès de la recherche dans le domaine de la santé mentale des enfants et des adolescents

1. Ces dernières dix années ont été témoin de progrès énormes de la prévention, ainsi que du développement et de l'application de stratégies d'interventions préventives, axées sur la réduction du risque de trouble mental. Pour la première fois, les interventions visant à prévenir l'apparition de problèmes mentaux ont fait leurs preuves, grâce à des méthodologies rigoureuses, randomisées, et contrôlées, dans des contextes communautaires. Ces tests ont démontré que les troubles mentaux, par exemple la dépression et les troubles du comportement, peuvent être prévenus et que l'on peut sensiblement modifier les trajectoires développementales, pour produire des avantages individuels et sociétaux (y compris économiques) de longue durée.
2. La recherche pour comprendre et intervenir dans le développement du comportement externalisant, y compris l'agressivité et la violence, a évolué pour passer de la description, à l'identification des facteurs de risque, à l'élaboration d'interventions, leur mise à l'essai et leur déploiement. Il existe aujourd'hui des interventions efficaces de prévention et de traitement des comportements antisociaux graves et de la violence des jeunes. Il existe également de nouvelles informations concernant les stratégies inopérantes.
3. D'importants essais multicentriques, randomisés, ont établi l'efficacité des inhibiteurs de recaptage de la sérotonine pour le traitement de la dépression et de l'anxiété, et ils indiquent la voie d'études complémentaires dans ce domaine.
4. La base de connaissances scientifiques concernant le traitement du trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (HADA) s'est sensiblement développée. L'étude de traitement multimodal des enfants souffrant d'HADA (MTA), un essai multicentrique clinique faisant date, réalisé aux Etats-Unis, a démontré que les traitements mixtes de longue durée et que les traitements médicamenteux seuls, sont tous deux largement supérieurs aux traitements comportementaux intensifs et aux traitements communautaires ordinaires, pour réduire les symptômes d'HADA. L'étude démontre également que la qualité et l'intensité du traitement par médicaments est très importante pour obtenir des résultats positifs pour les enfants et les familles.
5. L'ensemble des travaux concernant l'apparition des troubles de névrose obsessionnelle, leur diagnostic, leur épidémiologie et leur traitement permet d'atténuer les souffrances de nombre d'enfants et de leurs familles.

- **Dépression et anxiété:** de nouveaux médicaments, les inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine, existent aujourd'hui pour traiter la dépression et l'anxiété chez les jeunes. Ces inhibiteurs sont extrêmement efficaces dans le traitement de l'anxiété des enfants, relativement efficaces pour le traitement de la dépression chez les enfants et beaucoup plus sûrs que les médicaments plus anciens (Ryan 2003, Pine 2002). De nouvelles psychothérapies, par exemple la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ont été mises au point pour l'anxiété et la dépression des jeunes et elles se révèlent efficaces (Brent et al 1997, Leveni et al 2002).

- **Agressivité:** de nouveaux médicaments, des neuroleptiques atypiques, atténue d'agressivité, permettant d'utiliser moins de systèmes de force et d'isolement, ainsi que les placements hors foyer et hors région (Snyder et al 2002). De nouveaux traitements thérapeutiques ont été mis au point pour les enfants agressifs, profondément troublés, y compris des foyers thérapeutiques (Chamberlain & Reid 1991, cité dans NAMHC 2001) et la thérapie multisystémique (Henggeler et al. 1999, cité dans NAMHC 2001). Ces nouveaux traitements semblent meilleurs que les pratiques courantes d'assistance.

Le débat se poursuit quant à l'utilisation de médicaments pour traiter les jeunes enfants souffrant de troubles mentaux. Certains médicaments, prescrits pour les enfants, y compris les médicaments pour la schizophrénie, les troubles bipolaires et l'anxiété, n'ont pas été testés pour les jeunes enfants, ni approuvés pour ce groupe d'âge, par les autorités compétentes. Il convient de poursuivre les recherches pour documenter l'efficacité de nombreux médicaments dont l'utilisation n'est pas indiquée sur l'étiquette, pour traiter les troubles mentaux des enfants et des adolescents. Aux États-Unis, il existe aujourd'hui au moins trente essais psychopharmacologiques, en cours, au National Institute of Mental Health. Dans la plupart des pays en développement, le traitement des troubles de santé mentale des enfants et des adolescents reste rare. Il existe peu de ressources, tant financières qu'en spécialistes pour les enfants, consacrées à la santé mentale des enfants et des adolescents. Au cours des dix dernières années, le recours aux médecins généralistes, formés en matière de santé mentale des enfants et des adolescents, s'est révélé utile pour identifier et soigner les enfants devant être traités (Murthy 1998). En outre, dans les pays en développement, nombre d'organisations non gouvernementales (ONG) ont été créées pour informer le grand public sur les troubles mentaux des enfants et des adolescents et promouvoir une santé mentale positive.

Santé mentale des enfants et des adolescents: recherche et services dans les pays en développement

Dans les pays en développement tels que l'Inde, peu ou prou de recherches ont été effectuées dans le domaine de la psychiatrie pour les enfants et les adolescents. Les études qui existent sont axées sur l'épidémiologie ou l'utilisation d'outils d'évaluation (Shah & Sheth 1998).

Au-delà des questions de disponibilité des traitements, il reste, dans les pays industrialisés et les pays en développement, des obstacles entravant les soins, notamment la stigmatisation, l'absence de ressources et l'absence de connaissances sur les troubles mentaux. Les travaux en cours, axés sur la compréhension des obstacles entravant le traitement, doivent se poursuivre, notamment pour surmonter la stigmatisation des maladies mentales. Les traitements se sont améliorés et sont très différents de l'époque où l'on institutionnalisait les enfants et les adolescents souffrant de graves troubles affectifs et comportementaux, il n'en reste pas moins que le dialogue reste nécessaire en ce qui concerne les interventions les plus utiles pour ceux qui en ont besoin, notamment dans les pays en développement. Il existe de nombreuses opportunités de recherche dans ce domaine et de nombreux enseignements restent à glaner des cultures non occidentales. Il s'agit notamment du développement de stratégies d'intervention de substitution, la détermination des traitements qui sont opérants dans les communautés isolées et de l'examen du rôle éventuel des programmes religieux et fondés sur les obédiences religieuses. Citons quelques autres possibilités de recherche dans le domaine du traitement:

- Traitement précoce ou pas, de quelle durée, quels en sont les incidences à longue échéance ?
- Quelle est l'efficacité et la sécurité des traitements et des interventions de prévention, les plus courants ?

- Comment peut-on améliorer les interventions actuelles et comment peut-on mettre au point de nouvelles interventions?
- Comment aborder la non réponse au traitement, quelles interventions sont opérantes, pour quels enfants?
- Quelle est l'incidence de la co-morbidité et quels sont les besoins de services et les prestations de services aux jeunes, souffrant de co-morbidités diverses?
- Quels sont les schémas d'utilisation des services de santé mentale chez les enfants et leurs familles?
- Que savons-nous sur la qualité, l'organisation et le financement des services pour les enfants et leurs familles?
- Quels sont les services disponibles dans différents secteurs et différents contextes, par ex. les écoles, les soins primaires, les services sociaux pour les enfants, la justice juvénile et la santé mentale?
- Que peut-on tirer à titre d'enseignement de l'évaluation clinique et économique des modèles de services novateurs?

A l'évidence, de nouveaux traitements prometteurs ont été mis au point. Il reste toutefois beaucoup à faire pour les adapter, ou lorsque possible les développer, en partenariat avec les communautés où ils sont véritablement nécessaires.

L'Avenir

Ces dernières décennies, la communauté internationale des chercheurs de la santé mentale des enfants a sensiblement progressé dans le sens de l'identification, de la prévention et du traitement des troubles affectifs et comportementaux graves des enfants et des adolescents. Il reste beaucoup à faire pour développer et déployer efficacement des traitements opérants pour les populations du monde entier, notamment les pays en développement. Il existe aujourd'hui des traitements efficaces, disponibles, pour traiter les symptômes de certains troubles mentaux importants des enfants et des adolescents, ces troubles ne connaissent pas de guérison. Il convient de redoubler d'efforts pour mettre au point des interventions de prévention pour épargner aux enfants, aux adolescents et à leurs familles le fardeau des maladies mentales, lorsqu'une prévention est possible. Dans nombre de pays industrialisés, les gouvernements étudient et/ou procèdent à la réforme de leurs systèmes de santé mentale. Certains adoptent une démarche de santé publique dans ces efforts, afin de réduire la charge des troubles mentaux des enfants et des adolescents. Ailleurs, des travaux ont été engagés pour mieux identifier les enfants et les adolescents présentant des besoins en matière de santé mentale. Dans tous les pays, qu'ils se trouvent aux premières étapes d'une évaluation des besoins de santé mentale des jeunes, ou qu'ils aient engagé une modification radicale de la prestation de leurs services de santé mentale, les découvertes dynamiques des dix dernières années constituent le fondement solide sur lequel nous nous appuyerons. Par une démarche exhaustive de santé mentale, publique, comprenant la promotion d'une santé mentale positive, l'identification (par le biais d'une surveillance épidémiologique), la prévention des troubles mentaux et l'accès au traitement, nous ferons progresser les efforts de tous les pays visant à donner aux enfants et aux adolescents souffrant de troubles mentaux la possibilité de vivre pleinement une vie productive.

“Ce ne sera que lorsqu'une stratégie exhaustive de la santé mentale sera adoptée, englobant la prévention et les soins, que nous verrons des progrès sensibles et durables.”

Dr. Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'Organisation mondiale de la santé

Source; The World Federation for Mental Health, 2000.

Références

- Askeland, E. (2000). "Prevention and Treatment of Children's Behavioral Disorders: Transfer and Implementation of an Intervention Method from the United States to the Whole Country of Norway," in *Proceedings of the Inaugural World Conference on the Promotion of Mental Health and Prevention of Mental and Behavioral Disorders*. Mrazek, P. and Hosman, C.M.H. eds. Alexandria, Virginia: The World Federation for Mental Health.
- Beardslee, W.R., Gladstone, T.R.G., Wright, E.J., & Cooper, A.B. (In press). A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: Evidence of parental and child change. *Pediatrics*.
- Beardslee, W.R. (2002). *Out of the Darkened Room: When a Parent Is Depressed: Protecting the Children and Strengthening the Family*. NY: Little, Brown & Co.
- Beardslee WR, Wright E, Rothberg PC, Salt P, Versage E. (1996). Response of families to two preventive intervention strategies: long-term differences in behavior and attitude change. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35:774-782.
- Belfer, M.L. (2003). *International Child and Adolescent Mental Health Review*. Department of Mental Health and Substance Dependence, Organisation mondiale de la santé. Genève.
- Botvin, G.J., Mihalic, S.F., & Grotper, J.K. (1998). *Blueprints for Violence Prevention, Book Five: Life Skills Training*. Boulder, CO: Center for the Study and Prevention of Violence.
- Brent, D.A., Holder, D., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M., Roth, C., Iyengar, S., Johnson, B.A. (1997). A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. *Archives of General Psychiatry*, 54(9): 877-85.
- Chamberlain, P., & Reid, J.B. (1991). Using a specialized foster care treatment model for children and adolescent leaving the state mental hospital. *Journal of Community Psychology*, 19: 266-276.
- Davis, N. (2002). The promotion of mental health and the prevention of mental and behavioral disorders: surely the time is right. *The International Journal of Emergency Mental Health*, 4(1), 3-29.
- Dorfman, S.L. (1999). *Preventive interventions for mental health and substance abuse under managed care*. A report prepared for the Offices of Managed Care of the Center for Mental Health Services and the Center for Substance Abuse Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Rockville, M.D.
- Fayyad, J.A., Jahshan, C.S., Karam, E.G. (2001). Systems development of child mental health services in developing countries. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 10(4):745-62, ix.
- Giel, R., de Arango, M.V., Climent, C.E., Harding, T.W., Ibrahim, H.H., Ladrado-Ignacio, L., Murthy, R.S., Salazar, M.C., Wig, N.N., Younis, Y.O. (1981). Childhood mental disorders in primary health care: results of observations in four developing countries. A report from the OMS collaborative Study on Strategies for Extending Mental Health Care. *Pediatrics*, 68(5):677-83.
- Greenberg, M.T., Kusché, C. & Mihalic, S.F. (1998). *Blueprints for Violence Prevention, Book Ten: Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS)*. Boulder, CO: Center for the Study and Prevention of Violence).
- Henggeler, S.W., Rowland, M.D., Randall, J., Ward, D.M., Pickrel, S.G., Cunningham, P.B., Miller, S.L., Edwards, J., Zealberg, J.J., Hand, L.D. & Santos, A.B. (1999). Home-based multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youths in psychiatric crisis: clinical outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(11):1331-9.
- Kataoka, S.H., Zhang, L., Wells, K.B. Unmet need for mental health care among U.S. children: variation by ethnicity and insurance status. *American Journal of Psychiatry*, 159(9):1548-55.
- Leveni D, Piacentini D, Campana A. (2002). Effectiveness of cognitive-behavioral treatment in social phobia: a description of the results obtained in a public mental health service. *Epidemiology Psychiatric Soc*, Apr-Jun;11(2):127-33.
- Murthy, R.S. (1998). Rural psychiatry in developing countries. *Psychiatric Services* 49(7):967-969.
- National Advisory Mental Health Council, Workgroup on Child and Adolescent Mental Health Intervention Development and Deployment (NAMHC)(2001). *Blueprint for Change: Research on Child and Adolescent Mental Health*. Washington, D.C.

- National Research Council and Institute of Medicine (2002). *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development. Jack P. Shonkoff and Deborah A. Phillips, eds. Board on Children, Youth and Families, Commission on Behavioral and Social Sciences Education. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Olds, D.L., Henderson, C.R. Jr., Kitzman, H.J., Eckenrode, J.J., Cole, R.E., & Tatelbaum, R.C. (1999). Prenatal and infancy home visitation by nurses: recent findings. *Future Child*, 9(1):44-65; 190-1.
- Olweus, D. (1994). Annotation: Bullying at school: Basic facts and effects of a school-based intervention program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 1171-1190.
- Pine, D.S. (2002). Treating children and adolescents with selective serotonin reuptake inhibitors: how long is appropriate? *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 12(3): 189-203.
- Ryan, N.D. (2003). Medication treatment for depression in children and adolescents. *CNS Spectrum*, 8(4):283-7.
- Scahill L, Leckman JF, Schultz RT, Katsovich L, Peterson BS. (2003). A placebo-controlled trial of risperidone in Tourette syndrome. *Neurology*, Apr 8;60(7):1130-5.
- Scanlon, K., Williams, M. & Raphael, B. (1997). *Mental health promotion in NSW: Conceptual framework for developing initiatives*. Sydney, Australia: NSW Health Department.
- Shah, L.P, & Sheth, R.B. (1998). *The Development of Child and Adolescent Mental Health in India: The Last 40 Years*. The IACAPAP Bulletin, April 1998. Taken from web site <http://info.med.yale.edu/chldstdy/IACAPAP/498/498index.htm>, May 5, 2003.
- Shatkin, J.P. and Belfer, M.L. The global absence of child and adolescent mental health policy. In press.
- Snyder R, Turgay A, Aman M, Binder C, Fisman S, Carroll A; Risperidone Conduct Study Group (2002). Effects of risperidone on conduct and disruptive behavior disorders in children with subaverage IQs. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 41(9):1026-36.
- World Federation for Mental Health (WFMH)(2000). *Proceedings of the Inaugural World Conference on the Promotion of Mental Health and Prevention of Mental and Behavioral Disorders*. Mrazek, P. and Hosman, C.M.H. eds. Alexandria, Virginia: The World Federation for Mental Health.
- The Organisation mondiale de la santé (OMS)(2001). *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Genève, Suisse.
- United Nations(UN)(1989). *Tconvention sur les droits des enfants*, adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies, 20 novembre, 1989.
- United States Department of Health and Human Services. (USDHHS)(1999). *Mental Health: A Report of the Surgeon General. Chapter 3: Children and Mental Health*. Rockville, M.D.: U.S. Government Printing Office.

Journee Mondiale de la Sante Mentale 2003

Section II : Agir/Ce que vous pouvez faire

- Guide destiné à ceux qui s'occupent des jeunes enfants et à leurs enseignants
- Guide des citoyens pour promouvoir la mise en place d'une politique nationale de santé mentale des enfants et des adolescents
- Faire la publicité de vos manifestations
- Exemple de proclamation de la Journée mondiale de la santé mentale 2003
- Candidature de l'adhésion
- Formulaire de compte-rendu de la Journée mondiale de la santé mentale 2003

Que savons-nous du développement du jeune enfant

Les parents de petits enfants s'émerveillent souvent de la rapidité à laquelle les enfants grandissent et de développent. Ceux qui s'occupent de jeunes enfants et de nourrissons le savent et sont témoins des nombreux jalons de la petite enfance et de l'enfance, notamment des premières étapes de l'indépendance et les premières amitiés. En ce qui concerne les nombreux enfants aujourd'hui qui sont placés en garde à l'extérieur du foyer pendant que leurs parents sont au travail, il existe de nouvelles recherches concernant l'importance des premières années de la vie d'un enfant pour sa croissance et son développement ultérieurs.

Un bon début

Au cours des premières années, ceux qui s'occupent des petits enfants doivent entretenir des rapports chaleureux, de soins, avec les nourrissons dont ils ont la charge. L'aptitude sociale et affective du petit enfant trouve son origine dans ces rapports.

L'on en sait davantage aujourd'hui que jamais auparavant sur la manière dont les jeunes enfants apprennent, pensent et agissent. Les chercheurs ont découvert que le cerveau d'un nouveau-né se développe à une vitesse étonnante pendant les premières années de sa vie. C'est au cours de ces premières années que ceux qui s'occupent du petit enfant remplissent un rôle essentiel dans son développement.

Les Premières années

Le développement sain du jeune enfant est tributaire en partie des soins et des rapports fiables qu'il entretient avec un parent ou un prestataire de soins. Pour ce dernier, un rapport fiable et affectif avec le petit enfant comprend des regards directs, fréquents, un toucher doux, que l'enfant vient se nicher dans ses bras, un babillage, ce qui apprend à l'enfant l'amour, la confiance et le confort.

Le jeune enfant atteint, pendant sa première année, un jalon social et affectif important: le développement d'un attachement sûr pour sa mère, son père ou sa nourrice. Les jeunes enfants dénués de cet attachement souffrent souvent par la suite de difficultés sociales et affectives, et parfois cognitives, dans leur évolution (FAN 2000). L'aptitude sociale et affective trouve son origine dans les rapports que les jeunes enfants et les petits enfants vivent au début de leur vie.

La Maternelle: préparation à l'école

Les aptitudes sociales et affectives sont aussi importantes pour les premières années de scolarisation que les aptitudes cognitives, savoir lire et compter. En d'autres termes, il est tout aussi important pour les enfants d'être en mesure de nouer de bonnes relations avec leurs camarades et leurs professeurs que de savoir épeler les mots et apprendre à tenir un crayon ou une craie (FAN 2000). Voici les principales aptitudes sociales et affectives dont les enfants ont besoin lorsqu'ils entrent à l'école (US Department of Health and Human Services 2003):

- Confiance
- Aptitudes à nouer de bonnes relations avec leurs camarades
- Concentration et persévérance pour les tâches difficiles
- Aptitude de communication facile des émotions personnelles (par ex.: colère, joie et irritation)

- Capacité d'écoute des instructions et être attentif

Les enfants qui entrent à l'école dénués de ces aptitudes sociales et affectives de base ne sont pas prêts à l'apprentissage, ils sont moins à même d'avoir de bons résultats scolaires de départ et pourraient souffrir pendant leur jeune vie de problèmes comportementaux, affectifs et scolaires (FAN 2000).

Le Center on the Social and Emotional Foundations of Early Learning offre aux professeurs et aux prestataires de soins des suggestions et des modules de formation relatifs à la promotion des aptitudes sociales et affectives des jeunes enfants: <http://csefel.uiuc.edu/modules.html>

Importance de la santé mentale des enfants : guide destiné aux professeurs d'école élémentaire

Des millions d'enfants du monde entier vont à l'école, chaque jour. Chaque enfant qui arrive à la porte de l'école est différent, unique en son genre. Mais, pour chacun d'entre eux, leur vie est modelée et guidée par les parents, leur culture et la société dans laquelle ils vivent, en outre des professeurs qui les formeront pendant leur scolarité. Certains enfants arrivent à l'école en bonne santé, heureux et prêts à l'apprentissage. D'autres, près de 20% dans le monde entier, connaissent de graves troubles affectifs et comportementaux. Les enseignants, adultes essentiels dans la vie de nombreux enfants, et pour certains de ces enfants le seul adulte auquel ils font confiance, sont les plus à même de cerner les problèmes de santé mentale des enfants. Il convient d'identifier ces troubles et de les traiter de façon précoce pour que les enfants soient en mesure de suivre un apprentissage utile.

Santé mentale des enfants

- La santé mentale de chaque enfant est importante.
- De nombreux enfants ont des problèmes de santé mentale.
- Ces problèmes sont réels, douloureux et parfois graves.
- Il est possible de repérer les problèmes de santé mentale et de les traiter, avec succès.
- Ensemble et en collaborant, les familles et les communautés peuvent trouver des solutions.

Source: SAMSHA 2001.

L'identification des problèmes de santé mentale des enfants et des adolescents n'est pas simple en raison de la rapidité de la croissance et de l'évolution des enfants pendant les 20 premières années de leur vie. La National Association of School Psychologists (NASP) a cerné les principales stratégies d'identification des troubles mentaux et de promotion d'une bonne santé mentale, dans son guide destiné aux enseignants, « The ABC's of Children's Mental Health ». Selon ce guide, il convient que les enseignants soient avertis des principaux symptômes de problèmes de santé mentale, notamment:

- Changement d'habitudes
- Retrait dans sa coquille
- Régression de l'évolution sociale et scolaire
- Comportement désordonné ou modifié
- Augmentation du nombre de problèmes physiques

A quel moment les enseignants doivent-ils se tourner vers un professionnel de la santé mentale?

Il convient que les enseignants contactent le psychologue scolaire ou autre professionnel de la santé mentale si les symptômes figurant ci-dessus:

- sont nouveaux ou qu'ils changent en termes d'intensité, de fréquence ou de présentation
- persistent pendant un laps de temps assez long
- ne présentent aucune amélioration en dépit d'interventions parentales ou scolaires
- gênent l'évolution sociale ou scolaire de l'élève
- perturbent en constance les cours
- sont au-delà de la maîtrise de l'élève, ou
- présentent un danger pour l'élève ou ses camarades

Promotion d'une bonne santé mentale

Au-delà de l'identification de troubles mentaux et d'un aiguillage vers des services conséquents, l'école est également un lieu excellent pour promouvoir une bonne santé mentale. Dans le contexte scolaire, la santé mentale doit non seulement être considérée comme étant l'absence d'une maladie mentale, mais aussi la possession de compétences et d'aptitudes permettant aux élèves de faire face aux difficultés de tous les jours (National Association of School Psychologists, NASP – 2002). Pour appuyer les enfants et les adolescents dans le développement de leurs aptitudes sociales et affectives, la NASP recommande aux écoles de mettre au point des politiques pouvant promouvoir des facteurs sécurisants, notamment:

Mind Matters : un programme scolaire modèle de santé mentale en Australie

MindMatters (Le Mental est important) est un programme de promotion de la santé mentale en Australie. Ce programme met l'accent sur la participation scolaire intégrale en faveur de la promotion mentale et de la prévention du suicide des jeunes, et il vise à valoriser le développement de contextes scolaires où les élèves se sentent en sécurité, appréciés, investis et engagés. Tous les systèmes éducatifs des états et des territoires australiens sont convenus d'appuyer ce programme. Près de 50% des écoles ont demandé à recevoir un exemplaire de ce programme et une mise en œuvre professionnelle a été réalisée sur tout le territoire australien, une stratégie autochtone est aujourd'hui en cours de mise au point, y compris la réalisation de la publication « Community Matters ».

Source: Mind Matters Evaluation Consortium (2000).

Un sentiment d'appartenance: le sentiment d'appartenance est essentiel pour chacun d'entre nous. Il constitue la base de l'adaptation positive de l'enfant, son identité propre et une certaine confiance accordée non seulement au système mais une confiance en soi. De fait, les études démontrent que le sentiment d'appartenance, à l'école élémentaire, diminue le nombre d'incidents liés à des comportements risqués des jeunes adultes. Le lien le plus solide se situe entre les enfants et leurs parents et l'un des principaux objectifs de l'école élémentaire consiste à prolonger ce lien pour y inclure l'école. Une relation étroite avec un professeur ou un autre adulte important est essentielle. Elle s'instaure par le biais de contacts personnels. Il est également important d'établir un rapport positif avec les parents. Les enfants suivent l'exemple de leurs parents en termes d'affiliation et de confiance. Un sentiment de confiance entre le professeur et le parent se retrouvera chez l'enfant. Les surveillants généraux s'efforceront de rencontrer les nouveaux élèves et leurs parents en début d'année scolaire, de se réunir avec le parents tous les mois, en petits groupes, d'inclure un message personnel dans les bulletins hebdomadaires de l'école, d'encourager les parents à se porter volontaires et de pratiquer la « porte ouverte ». Nous pouvons également promouvoir ce sentiment d'appartenance par le biais de l'environnement: accueillir les élèves quand ils arrivent, les appeler par le nom dans les couloirs et avoir un tableau d'affichage « Le saviez-vous? » pour informer les élèves des manifestations importantes (par ex.: photo du chiot d'Annette), ce qui met l'accent pour les élèves qu'ils sont appréciés et qu'ils font réellement partie du monde scolaire.

S'adapter au changement: les jeunes enfants ont besoin d'une certaine routine. Ce concept est présenté au jardin d'enfant et à la maternelle, par l'acquisition de certaines habitudes par exemple entrer en silence, mettre ses affaires dans son casier, répondre à l'appel, venir à la cantine déjeuner, etc. Ces activités régulières apportent une certaine structure à l'environnement de l'enfant et permettent d'établir un sentiment de compétence et d'appartenance. L'aptitude d'adaptation est tout aussi importante. Il s'agit d'une aptitude critique, vitale, qui commence à un très jeune âge. Certains enfants ont une réaction négative face au changement, surtout s'ils vivent un stress affectif et il leur faudra une certaine aide pour s'adapter aux petits changements à l'école (un professeur suppléant, une nouvelle place en classe) ou à la maison (un frère ou une sœur de plus, un lit différent). Il conviendrait que les surveillants généraux et les enseignants encouragent les parents à les informer de toute modification perturbatrice au foyer. L'on peut réduire au maximum l'anxiété associée au changement en avertissant à l'avance les élèves et en leur donnant ainsi la possibilité de prendre part au changement, par le biais par exemple d'une discussion sur le changement de disposition de la salle de classe. Il est tout aussi important d'aider les enfants à mettre au point des stratégies pour faire face aux situations difficiles. L'identification des choses qui ne changent pas et la concentration sur leurs aptitudes (changement indépendant de tâches pendant l'étude) permet d'aider les enfants à avoir le sentiment de maîtriser les situations et de garder une certaine stabilité.

Légitimation: tous les enfants ont besoin d'une certaine légitimation. Le rappel positif de certains comportements ou de certaines réussites valide leur valeur aux yeux des autres. Nous légitimons les résultats scolaires par des notes, en lisant la copie des élèves en classe à haute voix et en leur remettant des prix. De la même manière, nous pouvons par la légitimation aider les enfants à développer des comportements mentaux sains, par exemple en les félicitant d'avoir gardé leur sang-froid s'ils sont en colère, d'avoir levé la main au lieu de hurler ou d'avoir été charitable envers un camarade. La clef consiste à s'axer sur des comportements positifs, ne serait-ce que pour stopper les comportements négatifs. Par exemple: un enfant se conduit mal, il convient d'attirer l'attention sur trois autres enfants qui se conduisent bien avant de relever l'inconduite du dernier enfant. Dans certains cas, il peut se révéler nécessaire de provoquer des situations où l'enfant pourra briller, par exemple en lui faisant accomplir une tâche précise (ramasser les crayons) et lui demander son aide. Les surveillants généraux font souvent venir les élèves dans leur bureau lorsqu'ils ont des reproches à leur faire. Il convient d'essayer de commencer la conversation par un élément positif avant d'aborder la conduite problématique. Il convient de reconnaître la validité des sentiments qui sous-tendent l'inconduite en question. Aider l'élève à trouver quelque chose qu'il (ou elle) fait bien et, si possible, relier cette aptitude positive à une tâche appropriée, réalisable dans votre bureau, ou dans un contexte encadré, jusqu'à ce que l'élève soit en mesure de retourner en classe. Soyez prêts. Il convient d'établir avec le psychologue scolaire ou le conseiller d'orientation, d'avance, les activités les plus efficaces selon les situations.

Avoir son importance: les enfants veulent savoir qu'ils ont leur importance. La preuve en est dans l'empressement qu'ils démontrent à accomplir les tâches nécessaires en salle de classe, ou à lire les communiqués scolaires du matin. Ces comportements pro-sociaux renforcent leur estime de soi, encouragent le sentiment d'appartenance, affirment la responsabilisation et constituent des occasions de légitimation positive. Il est important de créer une gamme de possibilités de développement adéquates pour permettre aux élèves d'apporter leur contribution, par exemple leur faire mettre les cahiers de texte dans des chemises à emporter à la maison, composer un tableau d'affichage ou être le compagnon d'apprentissage d'un plus petit que soi. Les élèves peuvent également contribuer à la vie scolaire en dehors de l'école par d'autres activités, par exemple rendre visite aux personnes du troisième âge en maison de retraite. Ce type d'activité renforce le sentiment d'appartenance communautaire et donne aux élèves plus timides en situation scolaire de jouer un rôle important dans un contexte plus large, celui de la communauté.

Ressort psychologique et réussite: le ressort psychologique constitue un ingrédient essentiel du succès. Il s'agit de l'aptitude à ne pas se laisser démonter en cas d'échec, de se remettre sur le bon cap, de redéfinir ses buts et de reprendre le bon chemin. Selon les recherches, les enfants aux facteurs de risques similaires présentent des résultats différents selon leur ressort psychologique. Il ne s'agit pas d'une simple détermination, aveugle, mais d'un sentiment renouvelé de détermination. Les enseignants peuvent aider les enfants à affermir leur ressort psychologique en endossant le rôle d'« encourageur », celui qui reconnaît l'importance de l'échec mais qui n'en tire pas la conclusion d'une défaite personnelle. La clef consiste à aider les enfants à voir le tableau dans son ensemble, de les aider à se recentrer pour faire un autre essai ou, si nécessaire, de trouver d'autres moyens pour atteindre leur but. Ce processus leur permet de prendre la responsabilité de leurs efforts, tout en étant rassuré quant à leur propre valeur. Ils ont également besoin de savoir que la réussite vient de leurs propres actions. C'est que l'on nomme souvent l'auto-efficacité ou l'auto-détermination. Les enfants qui en sont dénués ont moins de ressort psychologique, sont trop dépendants ou ont tendance à ne pas accepter la responsabilité de leurs actes car ils n'ont pas le sentiment d'en avoir la maîtrise. Cette aptitude est pertinente pour le scolaire (par ex.: apprentissage de la lecture) et le fonctionnement social (par ex.: règlement des conflits). L'on peut aider les enfants à apprendre à définir un but, à identifier des stratégies et des ressources personnelles utiles, à jauger les progrès accomplis par rapport à un but, à déterminer un laps de temps réaliste pour réussir et juger à quel moment il leur faut demander de l'aide. Il convient par exemple que l'enfant demande de l'aide une fois qu'il a épuisé toutes ses possibilités ou de reconnaître que la situation dépasse ses compétences.

Source: Réimpression partielle, avec l'autorisation de la National Association of School Psychologists, "The ABC's of Children's Mental Health," www.nasponline.org/advocacy/SPAN/span_sep02_abc.html

Pour plus de renseignements:

Australia's Department of Health and Aged Care

Tél.: +1 800 624 065 (Mental Health Funding Programme)

www.health.gov.au/hsdd/mentalhe/index.htm

(pour des renseignements sur Mind Matters, consulter <http://online.curriculum.edu.au/mindmatters/index.htm>)

National Association of School Psychologists

Success in School/Skills for Life (www.naspcenter.org/resourcekit/index.html, un dossier d'information, en ligne, sur la santé mentale) et des programmes de santé mentale modèles dans les écoles

(www.naspcenter.org/model.html).

Tél.: +1 301 657 0270

The Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)

Caring for Every Child's Mental Health Campaign (documents pour les enseignants)

Tél.: +1 800 789 2647

<http://www.mentalhealth.org/child/default.asp>

Références:

The Child Mental Health Foundations and Agencies Network (FAN)(2000). *A Good Beginning: Sending America's Children to School with the Social and Emotional Competence They Need to Succeed*. Chapel Hill: University of North Carolina, FPG Child Development Center.

U.S. Department of Health and Human Services (2003). The Center on the Social and Emotional Foundations for Early Learning. Training Module 1: Promoting Social and Emotional Competence; Classroom Preventive Practices: Promoting Children's Success. Réimpression <http://csefel.uiuc.edu/modules.html>, 28 avril 003.

Department of Health and Aged Care (2001). The Department of Health and Aged Care, 2000-01 Annual Report. Canberra, Australia.

Mind Matters Evaluation Consortium (2000). *Report of the MindMatters (national Mental Health in Schools Project) Evaluation Project*, vols. 1-4. Newcastle, Hunter Institute of Mental Health.

The Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2003). www.samhsa.gov Renseignements tirés du site Internet, 28 avril 2003.

Les documents ci-dessous sont destinés à être distribués aux parents, par les enseignants. Ils visent à encourager le dialogue sur la santé mentale des enfants entre les parents et les enseignants. Pour plus de renseignements destinés aux enseignants, consulter <http://www.mentalhealth.org/child/default.asp>

La Santé mentale de votre enfant

Lorsque votre enfant a une forte fièvre, vous appelez le médecin. Votre enfant retrouve rapidement sa gaieté et son espièglerie.

Les problèmes de santé mentale sont plus difficiles à reconnaître. Près de 20% des enfants du monde entier souffrent d'un problème mental, affectif ou comportemental, que l'on peut diagnostiquer et qui entraîne l'échec scolaire, la discorde familiale, la violence ou le suicide. Il est possible de demander de l'aide. Mais de nombreux enfants souffrant de problèmes de santé mentale ne reçoivent pas l'aide dont ils ont besoin.

La santé mentale est le mode de pensée, ce que l'on ressent et la manière dont on agit. Les enfants sont couramment tristes ou se conduisent mal, de temps à autre. Si leur comportement perturbé semble persister, il convient d'agir. Les questions suivantes pourraient vous être utiles:

- Votre enfant donne-t-il l'impression d'être en colère la plupart du temps? Pleure-t-il souvent? A-t-il des réactions extrêmes?
- Votre enfant évite-t-il les amis ou sa famille? Préfère-t-il rester seul la plupart du temps? Semble-t-il avoir perdu tout intérêt pour ce qui le passionnait auparavant?
- Votre enfant casse-t-il tout, contrevient-il aux lois ou ses actions sont-elles dangereuses à l'extrême? Fait-il du mal aux animaux ou aux gens? Si vous lui expliquez que son comportement est nuisible, a-t-il l'air de ne pas s'en préoccuper? Boit-il de l'alcool ou prend-il des stupéfiants?
- Est-il craintif à l'extrême? A-t-il des craintes inexplicables ou a-t-il davantage d'inquiétudes que les autres jeunes?
- Votre enfant a-t-il une mauvaise capacité de concentration? A-t-il des difficultés, soudain, à prendre des décisions? Ses résultats scolaires ont-ils chuté dernièrement?
- Votre enfant s'obnubile-t-il sur son aspect physique? Ses habitudes alimentaires ou de sommeil ont-elles changé de façon inexplicable? Se plaint-il souvent de migraines, maux d'estomac ou autres problèmes physiques?
- A-t-il l'impression que la vie est trop dure à vivre ou parle-t-il de suicide?

Si vous répondez oui à une ou plusieurs de ces questions, consultez votre médecin de famille ou votre pédiatre et parlez-lui des humeurs et du comportement de votre enfant. Déterminez dans quelle mesure les changements familiaux ou communautaires récents ont une influence éventuelle sur sa personne. Avec votre médecin de famille, vous pourrez décider si votre enfant ou votre famille doit faire appel à un spécialiste de la santé mentale ou pas. Les parents, les enseignants et autres prestataires de services peuvent collaborer au renforcement des points forts de votre famille. Toutes les familles possèdent des points forts.

Les points forts de votre famille sont peut-être renforcés par des manifestations communautaires auxquelles vous participez. Un repas préparé en famille peut constituer un moment de communication positive et d'un repas délicieux. Les liens familiaux en sont renforcés et certaines aptitudes sont développées lorsque vous encouragez votre enfant à s'intéresser à des activités telles que le football, les sciences naturelles ou l'entraide communautaire. En vous appuyant sur les points forts de votre famille, vous vous appuyez sur les fondements solides dont votre enfant et votre famille ont besoin pour réussir.

Source: réimpression de "Your Child's Mental Health: What's up Doc?" Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services. Rockville, MD. Mai 2002.

Prendre soin de votre enfant

Il n'existe pas de modèle unique pour élever un enfant. Chaque parent a son propre style d'éducation. Mais il est important que tous ceux qui s'occupent des enfants leur communiquent les mêmes valeurs, clairement et de façon uniforme.

Dans le monde d'aujourd'hui, certains parents sont si occupés et si stressés que leurs enfants viennent en second par rapport à d'autres problèmes, considérés plus importants. Toutefois, nous vous présentons ci-dessous quelques suggestions qui permettront aux parents d'assurer la sécurité physique de leurs enfants et de leur apporter un bien-être affectif:

- Efforcez-vous de donner aux enfants un foyer et une communauté sûrs, ainsi que des repas nourrissants, des visites médicales régulières, tous les vaccins nécessaires et suffisamment d'exercice.
- Soyez conscient des étapes du développement de votre enfant pour ne pas en attendre trop, ou trop peu.
- Encouragez votre enfant à exprimer ses sentiments, respectez-les. Dites-lui que tout le monde a mal, peur, ressent de la colère ou de l'anxiété. Essayez de déterminer la source de ces sentiments. Aidez votre enfant à exprimer sa colère de façon positive, sans avoir recours à la violence.
- Encouragez le respect et la confiance mutuels. N'élevez pas la voix même si vous n'êtes pas d'accord avec lui. Ne fermez pas les voies de communication.
- Écoutez votre enfant. Empruntez des mots et des exemples que votre enfant est en mesure de comprendre. Encouragez ses questions. Dites-lui que vous êtes disposé à parler de tous les sujets.
- Réconfortez-le et rassurez-le. Soyez honnête. Concentrez-vous sur les éléments positifs.
- Examinez vos propres aptitudes à régler les problèmes et faire face aux situations difficiles ? Êtes-vous un bon exemple? Si vous êtes dépassé par les sentiments ou les comportements de votre enfant, demandez de l'aide professionnelle, ou encore si vous n'êtes pas en mesure de maîtriser votre irritation ou votre colère.
- Encouragez les talents de votre enfant et acceptez ses limitations. Fixez des buts fondés sur ses aptitudes et ses intérêts, non pas sur les attentes de tiers. Félicitez-le de ses réussites.
- Ne comparez pas les aptitudes de votre enfant à celles des autres enfants, sachez apprécier son caractère unique.
- Passez du temps, régulièrement, avec votre enfant.
- Encouragez l'indépendance de votre enfant et son amour-propre. Aidez-le à faire face aux bons côtés et aux moments difficiles de la vie. Exprimez-lui votre confiance envers son aptitude à faire face aux problèmes et à de nouvelles expériences.
- Appliquez une certaine discipline, de façon constructive, juste et permanente. La discipline est une forme d'enseignement et non pas des châtiments corporels. Tous les enfants et toutes les familles sont différentes, retenez ce qui est efficace pour votre enfant. Approuvez ses comportements positifs. Aidez-le à tirer enseignement de ses erreurs.
- Donnez-lui votre amour inconditionnel. Apprenez-lui qu'il est important de présenter ses excuses, de coopérer, d'être patient, de pardonner et d'avoir de la considération pour les autres.
- N'essayez pas d'être parfait: être parent est un travail difficile.

Source: réimpression de "Caring for your Child." Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services. Rockville, MD. 1998

Guide Des Cityoyens Pour Promouvoir La Mise En Place D'une Politique Nationale De Sante Mentale Des Enfants Et Des Adolescents

1. INTRODUCTION

La promotion et la défense des droits, circonscrites et efficaces, constituent un moyen essentiel pour la promotion de politiques de santé et pour l'augmentation des ressources permettant de bâtir des communautés en bonne santé. La promotion de politiques éclairées, afin d'appuyer des services de santé mentale améliorés, pour les enfants et les adolescents, prend toutes sortes de formes, dans différents pays, selon certains facteurs, notamment:

- La structure des branches exécutives et législatives des gouvernements nationaux

Récapitulatif

Le travail de planification et de promotion de la mise au point, puis de la mise en œuvre, d'une politique nationale de la santé mentale des enfants et des adolescents est difficile et complexe. Une promotion efficace, civique, joue un rôle important et positif en faveur de la création d'un climat sociocritique à l'appui de l'élaboration de politiques éclairées. Les coalitions civiques de promotion des droits, créées aux fins de promotion de l'élaboration de politiques de santé mentale des enfants et des adolescents voient préparer leurs membres à entretenir des rapports positifs de collaboration avec les édiles et les dirigeants de l'administration et de la fonction publique. Peu de coalitions de la sorte remplissent leurs objectifs sans bénéficier de l'appui des autorités sur lesquelles elles souhaitent influencer. Il est tout aussi important, pour les citoyens qui souhaitent modifier la politique de l'Etat, de saisir clairement les politiques nationales concernant la promotion et la défense des droits, afin de pouvoir influencer sur les réformes législatives et administratives.

Le projet de document, créé par l'Organisation Mondiale de la Santé, *Mental Health Policy and Service Guidance Package; Child and Adolescent Mental Health* ⁶, précise une série de mesures à prendre pour mettre au point une politique pour la santé mentale des enfants et des adolescents. Ces mesures constitueront un guide utile pour les coalitions civiques dont c'est le but :

- 1ère mesure: accéder aux besoins des populations
- 2e mesure : recueillir les éléments probants d'une politique efficace
- 3e mesure : consultation et négociation
- 4e mesure : échanges avec d'autres pays
- 5e mesure: déterminer les perspectives, les principes et les objectifs de la politique en question
- 6e mesure: déterminer les domaines d'action
- 7e mesure: identifier les principales fonctions et responsabilités des différents administrés et secteurs
- 8e mesure: mettre en place des projets pilote

La décision consistant à organiser et coordonner une coalition en vue de promouvoir la création et la mise en place d'une politique nationale de santé mentale pour les enfants et les adolescents est une décision importante pour une association civique pour la santé mentale. Cette initiative pourra améliorer sensiblement la disponibilité, l'accessibilité et le caractère abordable des soins et des traitements pour les enfants et les adolescents qui souffrent de troubles mentaux, affectifs et comportementaux. La réussite de la promotion et de la défense des droits aura une incidence durable sur les citoyens et sur le pays.

- Les procédures acceptées destinées à informer les responsables administratifs et les édiles des besoins des populations et
- L'existence d'organisations non gouvernementales possédant la capacité d'organiser et d'appuyer des campagnes soutenues de politique publique, concernant des questions précises.

Dans certains pays, la promotion des droits visant à améliorer les politiques et les services nationaux pour les enfants et les adolescents dont les besoins en matière de santé ne sont pas satisfaits, devrait démarrer par l'organisation et la présentation de programmes d'éducation des malades et des familles, au niveau communautaire. Ces programmes soulignent l'information et l'éducation des parents, des familles, concernant les troubles affectifs et comportementaux des enfants, notamment comment reconnaître les symptômes, comment y réagir, quels sont les traitements disponibles et comment les trouver. Cette stratégie permet aux enfants touchés et à leurs familles de mettre au point des techniques et des stratégies pour gérer et faire face aux troubles en question et à leurs effets.

Par le biais de stratégies d'éducation des maladies et des familles, les organisations communautaires peuvent remplir deux objectifs:

- 1) Aider les familles à mieux comprendre et à aider leurs enfants qui souffrent de troubles affectifs et comportementaux, et
- 2) Commencer à constituer un groupe de citoyens et d'administrés, informés et motivés, qui comprenne les besoins non satisfaits des enfants et des adolescents en matière de soins mentaux, dans leur communautés, dans leur pays, et qui s'investiront dans l'appui et les efforts visant à produire les changements nécessaires, ainsi que les réformes.

L'éducation des malades peut être simple, par la distribution par exemple de documents faciles à comprendre, concernant les troubles affectifs des enfants et des adolescents, par exemple la fiche de renseignements du dossier **Journée mondiale de la santé mentale** de la World Federation for Mental Health² ou provenant d'un certain nombre de sites internet. Il peut également s'agir d'organiser et de produire des ateliers communautaires, ou encore d'appuyer la tenue de réunions à intervalles réguliers de parents dont les enfants ou les adolescents ont des problèmes affectifs.

La promotion d'une politique de santé mentale se présente sous diverses formes, selon les pays, notamment les pays où la participation des citoyens à l'élaboration des lois et des politiques nationales, puis leur modification, constitue la norme. Dans ces pays, les campagnes de promotion des droits, organisées et officielles, se caractérisent souvent par des efforts intenses visant à produire des changements ou des réformes, quant à la manière dont les autorités publiques répondent aux besoins de leurs citoyens. Ce *GUIDE DES CITOYENS POUR PROMOUVOIR LA MISE EN PLACE D'UNE POLITIQUE NATIONALE DE SANTÉ MENTALE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENT* s'efforce de faire comprendre en quoi une politique nationale est essentielle pour améliorer la qualité et le volume de services de santé mentale accessibles et efficaces pour les enfants et les adolescents et d'offrir des stratégies pour produire l'appui civique communautaire nécessaire à l'établissement de ces politiques dans votre pays.

2. EN QUOI UNE POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS EST IMPORTANTE

L'absence d'une politique nationale à l'appui des services de santé mentale pour les enfants et les adolescents souffrant de troubles affectifs et comportementaux, dans le monde entier, constitue un obstacle important qui entrave l'amélioration des services permettant de traiter les jeunes qui en ont besoin. La non adoption, par les gouvernements nationaux, et l'absence de mise en place de politiques nationales de santé mentale, imposent de lourdes charges aux programmes et aux ressources financières que l'on pourrait alléger en établissant une politique efficace.

Comme le souligne l'Organisation mondiale de la Santé, l'on relève une augmentation des dépenses de services médicaux et sociaux, ainsi que des perturbations sociétales et une déperdition de productivité en l'absence des prestations et des services de santé mentale. Lorsqu'il n'existe pas de services appropriés, abordables et accessibles, les enfants et les adolescents souffrant de troubles mentaux sont amenés à:

- Avoir recours, à l'excès, aux soins institutionnels coûteux et inefficients,
- Recevoir des traitements partiels pour leurs troubles, qui ainsi perdurent,
- Continuer à épuiser les ressources financières et humaines, ou
- Aboutir dans les filets du systèmes de justice pénale ou juvénile.

Les avantages supplémentaires d'une politique de santé mentale des enfants et des adolescents comprennent notamment la possibilité de promouvoir le bien-être mental et affectif des jeunes, ainsi que de faciliter la prestation de services à un groupe représentant plus de 50% de la population (les moins de 15 ans) dans les pays en développement ¹.

L'un des principaux objectifs visé par la sélection du thème de la campagne de la ***Journée mondiale de la santé mentale 2003*** consiste à encourager les organisations de défense de la santé mentale et des enfants à promouvoir la création de politiques nationales exhaustives de santé mentale des enfants et des adolescents, par les autorités nationales.

Une politique exhaustive de santé mentale des enfants et des adolescents, dans le cadre d'une politique nationale d'ensemble de la santé mentale, ou encore dans le cadre d'une politique de la santé infantine, permet d'encourager la mise en place d'une structure de services, l'affectation efficace de ressources et de formation au bénéfice de systèmes nationaux de prestations de soins ¹. L'adoption de ce type de politique pourra, comme précisé dans le compendium exécutif de l'Etat sud-africain intitulé « *Policy Guidelines for Child and Adolescent Mental Health* » ³, « constituer le cadre de la création de services de santé mentale pour les enfants et les adolescents, à l'échelon de la nation, des provinces et des localités ». Comme l'indique ce même compendium exécutif (page 4) la politique de l'Afrique du Sud est axée sur:

1. développement optimum à titre de fondation de la santé mentale de l'enfant;
2. rapports mutuels entre les divers domaines du développement et des compétences;
3. périodes critiques d'opportunité et de risque : il existe une continuité de la vie humaine, et la mesure dans laquelle une étape de développement est abordée, ou négociée, reste tributaire en partie de la réalisation couronnée de succès des tâches associées aux étapes de développement précédentes;
4. facteurs socioculturels qui forment et influent sur la cognition, l'attitude, l'affectivité et le comportement, qui à leur tour déterminent l'état de santé mentale et orientent les stratégies d'intervention;
5. certains groupes d'enfants et d'adolescents, plus susceptibles ou vulnérables aux problèmes de santé mentale que leurs camarades (par exemple les enfants de milieux pauvres, séropositifs ou souffrant d'anomalies génétiques ou chromosomiques);
6. caractère central des considérations sexospécifiques: par exemple, la sexospécificité influe sur la vulnérabilité par le biais de la discrimination³.

3. MOTIFS DE LA CRÉATION D'UNE POLITIQUE NATIONALE DE SANTÉ MENTALE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

Le projet de l'OMS pour la politique de la santé mentale offre les motifs suivants en vue de créer et mettre en œuvre un politique nationale de santé mentale des enfants et des adolescents:

- au niveau mondial, il existe une absence virtuelle de politique nationale, identifiable, de santé mentale des enfants et des adolescents.
- Selon les données épidémiologiques actuelles, il existe une prévalence quasi universelle de trouble mentaux, pouvant être diagnostiqués, chez 20% des enfants et des adolescents de moins de 19 ans. Trois à quatre pour cent de ce groupe souffrent de troubles mentaux graves, exigeant un traitement spécialisé.

AVANTAGES D'UNE POLITIQUE NATIONALE DE SANTÉ MENTALE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

Une politique, identifiable, de santé mentale des enfants et des adolescents, facilite:

- Une utilisation plus efficace des ressources des services de santé infantile et mentale en encourageant une utilisation plus efficace de ressources raréfiées, en accentuant le point de mire sur l'élaboration d'une suite ininterrompue de soins dans des cadres moins contraignants et en réduisant le nombre de traitements non appropriés et inutiles.
- Une capacité valorisée de prestations efficaces grâce à une meilleure utilisation des effectifs, des installations, une responsabilisation accrue face aux dépenses financières et une réduction du double emploi des services.
- La mise en place d'un point de mire pour débattre des questions ayant trait au traitement approprié pour les enfants, et les répercussions pour tout le système de santé.
- Renforcer les paramètres présentés par les parents et les communautés, concernant la santé mentale des enfants et des adolescents¹.

- Il existe un nombre bien plus important d'enfants souffrant de problèmes de développement, accompagnés de troubles mentaux connexes, sans être aptes à être diagnostiqués.
- Une politique de santé nationale (exhaustive) de santé mentale des enfants et des adolescents permet de faciliter la capacité de rassembler des données épidémiologiques plus précises, essentielles pour la mise au point d'un programme de traitement et de prévention correspondant aux besoins nationaux.

“En l'absence de recommandations de principes concernant la santé mentale des enfants et des adolescents, il existe un danger réel de voir émerger ou perdurer des systèmes fragmentés, inefficients, de santé. Dans ce cas, les organismes et les groupes d'administrés en lice fournissent, inévitablement, un produit loin d'être adéquat, à un prix qui surpasse les attentes. Alors qu'une planification et un développement collaboratifs de cette politique auront des efficacités de coût et offriront une continuité de soins, desservant pleinement les bénéficiaires... enfants, adolescents, familles et communautés”.¹

CONVENTION DES NATIONS UNIES SUR LES DROITS DES ENFANTS

La mise en œuvre des principes et des dispositions de la Convention des Nations Unies sur les droits des enfants permettra d'influer profondément sur bon nombre d'éléments des services de santé pour les enfants et les adolescents, notamment :

- *La disposition concernant le maintien de la confidentialité*
- *La prestation de contrôles stricts quant à l'hospitalisation forcée*
- *La garantie d'accès aux familles*
- *L'élimination de traitements coercitifs, par exemple les électrochocs, la camisole de force, la surmédication ou la médication inappropriée.*
- *Le rétablissement des droits lorsqu'il n'existe aucun élément probant de troubles mentaux.*
- *La protection des malades mentaux contre tout traitement abusif.*

Pour tout renseignement concernant la Convention des Nations Unies pour les droits des enfants, consulter le site de l'UNICEF: www.unicef.org/crc.htm

4. QUELQUES GRANDS PRINCIPES CONSTITUTIFS D'UNE POLITIQUE NATIONALE DE SANTÉ MENTALE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

Financement

“A l’instar de tous les services de santé mentale, un financement stable constitue un facteur critique. Pour la santé mentale des enfants et des adolescents, la durée de certaines interventions le rend encore plus critique”.¹

- Il convient que toutes les sources de financement concernant les enfants et les adolescents tiennent compte de la durée nécessaire des engagements afin de voir des résultats positifs.
- La budgétisation des services de santé mentale des enfants et des adolescents doit comporter des incitations de collaboration entre des systèmes pouvant par ailleurs être concurrents.
- Le financement doit encourager la mise au point d’une continuité des soins. ¹

Législation et droits de la personne

“Une politique de santé mentale des enfants et des adolescents est au summum de son efficacité lorsqu’elle englobe un contexte reliant le développement de l’enfant et la préhension de ses droits. Cette démarche présente des gageures, mais elle facilite la formulation de politiques concordant avec les communautés, les cultures et la trajectoire escomptée d’un développement sain. Ce contexte souligne l’élément de promotion de la santé des initiatives de santé mentale et appuie l’élaboration de liens avec les autres volets du système de santé, ce qui entraînera la réduction de la stigmatisation si souvent associée aux troubles mentaux et affectifs”. ¹

Promotion et défense de la santé mentale

La promotion et la défense de la santé mentale des enfants et des adolescents, par les parents, les professionnels de la santé et les adolescents eux-mêmes, a produit une nouvelles prise de conscience des instances législatives des pays industrialisés quant aux besoins en matière de politique et de services de santé mentale des adolescents et des enfants. Il convient de ne pas considérer la promotion et la défense de la santé mentale à titre de position de conflit, mais de facilitation de présentation des questions, de production d’un appui par de nouvelles initiatives et d’explication au grand public des motifs à la base des décisions prises par les instances gouvernementales. ¹

- Les groupes parentaux pour la promotion de la santé mentale se forment à la suite de l’attention internationale accordée à des troubles spécifiques, notamment l’autisme. Il convient d’appuyer ces groupes à titre d’alliés pour l’élaboration de politiques nationales.
- Il convient de tenir compte des adolescents à titre de promoteurs de leurs propres intérêts et problèmes, il convient de leur accorder le respect qui leur revient et de leur donner une place à la table des délibérations en matière de politique de santé les concernant.

Amélioration de la qualité

“Les éléments probants constituent de solides incitations en faveur de la mise en place et du maintien de services de santé mentale de qualité pour les enfants et les adolescents. Sinon, l’on risque de déboursier d’importantes sommes, pour des programmes sans responsabilisation, dénués de service appropriés ou ayant recours à des services obsolètes et qui n’appuieront pas la continuité de soins souhaitée”. ¹

- La prestation de services de qualité pour les enfants et les adolescents est économique.
- L’on peut surveiller la qualité des services par le biais d’une gamme d’indicateurs et la création de divers mécanismes administratifs.
- Il conviendrait sans doute qu’un organisme de surveillance de la qualité incorpore la participation des parents dans l’élaboration et l’encadrement des recommandations concernant la qualité.

Organisation des services

“La mise au point de services adéquats pour les enfants et les adolescents constitue une gageure, même pour les pays les plus développés et les plus riches. Toutefois, l’élaboration de services efficaces ne dépend pas de

la richesse, ni du niveau de développement d'un pays, mais de la volonté et de la créativité visant à valoriser les points forts locaux, à regrouper les ressources et à souligner l'engagement envers la réinsertion des personnes souffrant de troubles mentaux, dans un milieu communautaire".¹

- Les services de traitement, isolés, en milieu hospitalier, hors milieu hospitalier, en milieu scolaire ou par les services sociaux, ne sont pas efficaces.
- Établir la continuité des soins.
- Les éléments de continuité des soins comprennent notamment:
 - Au niveau communautaire
 - 1) Les services ambulatoires (publics et privés).
 - 2) Services de soins partiels.
 - 3) Visites à domicile.
 - 4) Maisons de soins.
 - 5) Centres de soins de jour.
 - 6) Centres pour les jeunes.
 - 7) Services scolaires.
 - 8) Services consultatifs.
 - 9) Prise en charge active.
 - Au niveau institutionnel
 - 1) Lits psychiatriques dans:
 - a. Les hôpitaux généraux.
 - b. Les hôpitaux pédiatriques.
 - c. Les hôpitaux psychiatriques.
- Assurer la transparence des budgets.
- Investir les parents et les communautés dans la planification.
- Intégrer les services parrainés par les organisations non gouvernementales (ONG) dans un plan exhaustif.
- Inclure la planification de volets spécifiques de services, correspondant à des caractéristiques et à des problèmes de groupes démographiques et de populations spécifiques.

Planification et budgétisation de la prestation de services

“La planification rationnelle de services de santé mentale des enfants et des adolescents exige des informations adéquates sur les besoins nationaux et locaux en matière de services, l'affectation actuelle de fonds aux différents secteurs pertinents de l'économie et branches des pouvoirs publics ainsi que du secteur privé, en outre des données épidémiologiques et démographiques de base sur les enfants et les adolescents”.¹

La planification et la budgétisation de services et prestations utiles engloberont les éléments suivants:

- Une évaluation des besoins afin de s'assurer que les plans nationaux correspondent aux besoins spécifiques du pays.

“En démarrant une campagne de promotion des droits, assurez-vous de l'exactitude de vos informations et essayez de prévoir les questions auxquelles vous serez confronté. En mettant l'accent sur les valeurs et les réussites de votre organisation auprès de la communauté, de façon positive, permettra de faire progresser votre initiative et de prévenir les débats oiseux et inutiles qui entraveraient vos efforts.”⁴

- Les ressources humaines et la formation, en tenant compte de la carence mondiale de cliniciens de la santé mentale des enfants et des adolescents et de la nécessité d'étoffer la formation des personnels soignants, sociaux et autres, afin qu'ils possèdent les compétences nécessaires pour effectuer leur travail de façon indépendante ou encadrée.
- La recherche et l'évaluation axées sur des problèmes culturels spécifiques, prioritaires pour le pays et ses citoyens.

5. STRATÉGIES DE PROMOTION ET DE DÉFENSE DE LA SANTÉ MENTALE FAVORISANT L'ÉLABORATION D'UNE POLITIQUE DE LA SANTÉ MENTALE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

La promotion efficace d'une politique publique exige des **connaissances, une collaboration, une planification et de la persévérance.**

- Pour organiser et mener à bien une initiative de promotion de la sorte, des **connaissances** approfondies sont nécessaires concernant les besoins en matière de santé mentale des enfants et des adolescents dans le pays concerné, comment ces besoins sont pris en charge, les carences existant dans le système actuel de santé mentale, le climat politico-économique du pays et les alliés au sein des organismes et organisations gouvernementales et non gouvernementales.

“La persévérance est nécessaire pour surmonter les attitudes obsolètes que l'on a envers les problèmes de santé et les questions communautaires et surtout pour surmonter toute résistance possible face au changement. La constitution de communautés saines exige parfois des compromis, avec des groupes dont les buts ne sont pas nécessairement les mêmes que les vôtres”.⁴

- L'organisation d'une initiative nationale de promotion d'une politique de santé mentale ne peut être la tâche d'une seule personne ou d'une seule organisation. Une campagne de promotion de la sorte, pour réussir et créer une nouvelle politique nationale ou pour améliorer la politique existante, exige une **collaboration** large, établie entre divers groupes d'administrés au niveau communautaire, représentant toute une gamme d'ayant droit : parents, professionnels, prestataires publics et privés, organisations non gouvernementales et décideurs. Il convient de reconnaître toutefois qu'un bon nombre des membres de ce type de coalition posséderont des intérêts concurrents ou divergents, qu'il faut constater, respecter et gérer pour pouvoir réussir.
- **La planification** se situe au cœur des initiatives de promotion de politique publique, couronnées de succès. Cette planification comprend la réalisation d'évaluations des besoins pour obtenir les connaissances à partir desquelles l'on établira les buts, les objectifs et les stratégies de l'initiative. Il s'agira également de mobiliser les principaux partenaires et collaborateurs, disposés à unir leurs forces sur la question, d'identifier des législateurs et parlementaires bien placés et pouvant remplir les fonctions de défenseurs de votre cause et de votre initiative, et enfin élaborer et exécuter un plan d'action bien structuré. La planification comprend également la mobilisation des intéressés au niveau communautaire au cours des phases essentielles du processus de campagne, pour faire entendre les voix collectives des parents, des professionnels et des citoyens concernés auprès des officiels aux postes décisionnels.

“Il convient que les promoteurs et défenseurs des droits comprennent clairement leurs buts, qu'ils identifient ensuite leurs partisans, ainsi que leur éventuelle opposition, en outre des principaux décideurs qu'il leur faudra convaincre.”⁴

- Il est extrêmement rare pour une initiative de promotion de politique publique, notamment une campagne ayant pour but d'établir une nouvelle orientation politique publique de l'importance de celle que représente une politique de santé mentale des enfants et des adolescents, de réussir sans coup férir. Les promoteurs chevronnés n'ignorent pas que les plus grands progrès en matière de politique publique exigent une patience certaine et une absolue **persévérance**. Ils reconnaissent en outre que:
 - Leur thème n'est pas toujours le plus important sur lequel les instances législatives doivent se pencher
 - Des pressions économiques, sociales et politiques jouent parfois contre les objectifs de leur initiative, et
 - Il leur faut établir une large base communautaire intéressée, suffisamment solide pour mettre leur thème à l'ordre du jour des décideurs, pour en garantir le succès.

En ce qui concerne la persévérance, il s'agit de l'aptitude à rester engagé quant aux buts de l'initiative, de soutenir et de renforcer la coalition et de continuer les tâches les plus ardues, éduquer et convaincre les décideurs de la nécessité et de l'intérêt des buts et des objectifs de l'initiative.

6. DÉMARRAGE ET ÉLABORATION D'UN PLAN D'ACTION

Lorsqu'une organisation telle qu'une association nationale pour la santé mentale prend la décision de remplir les fonctions de chef de file et de promoteur d'une coalition pour la promotion de la santé mentale et d'une politique nationale pour les enfants et les adolescents, il existe plusieurs étapes stratégiques à mettre en place. La liste ci-dessous offre quelques suggestions pour ce faire:

- Il convient que le conseil de direction de cette organisation adopte le but de la création d'une politique nationale de santé mentale des enfants et des adolescents, la mobilisation de l'appui d'une coalition d'intervention pour atteindre ce but, à titre de priorité en matière de politique publique, et ce, pour toute l'organisation. Il convient qu'un engagement formel soit exprimé à l'appui de la coalition, pour le laps de temps nécessaire à la réalisation de l'objectif.
- Il convient que l'organisation de parrainage identifie et recrute les principaux dirigeants de cette coalition, notamment le président, et affecte les collaborateurs qui seront nécessaire pour appuyer les travaux de la coalition.
- Il convient que les dirigeants de la coalition identifient et recrutent les représentants des principaux organisations concernées et intéressées, afin qu'elles se joignent à la coalition. Une fois recrutés, il conviendra de déterminer l'établissement de l'organigramme, du financement, des opérations et de la direction de la coalition, pour les faire ensuite adopter par les membres de la coalition.
- Lorsque la coalition aura établi son organigramme et ses procédures, il lui incombe de mettre au point un plan d'action et un ensemble de stratégies qu'elle suivra pour remplir ses buts.

7. CONSTITUTION D'UNE STRATÉGIE DE PROMOTION D'UNE POLITIQUE NATIONALE DE SANTÉ MENTALE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS, PAR LA MOBILISATION DES FAMILLES

Les organisations et les groupes oeuvrant pour la santé mentale se composent de personnes censées s'exprimer avec autorité et proposer des recommandations fondées sur leur expérience et leurs connaissances. Qu'il s'agisse de groupes de consommateurs, d'associations pour la santé mentale ou d'organisations représentant des prestataires professionnels de services de santé mentale, leurs membres apportent un point de vue particulier, tiré de leur participation et de leurs informations personnelles.

Lorsque les familles des enfants et d'adolescents qui souffrent de troubles affectifs et comportementaux s'investissent dans les coalition de promotion de la santé mentale, afin de promulguer une politique nationale publique de santé mentale, éclairée, elles contribuent leur intégrité aux travaux dans ce sens, en apportant des informations fondées sur leur vécu, sur leurs cultures, bref une optique qui leur est propre. Toutefois, il peut être difficile de recruter des familles, disposées à s'engager ainsi et à maintenir leur participation sans faillir, pendant un long laps de temps.

Comment les organisations, telles que des associations pour la santé mentale, peuvent-elles recruter, conserver et maintenir les familles à titre de membres à part entière d'une coalition mise au point pour promouvoir et défendre une politique nationale de santé mentale des enfants et des adolescents, dans leur pays ? Voici quelques suggestions et mesures d'ordre pratique, offertes par la Federation of Families for Children's Mental Health ⁵:

- Contacter et recruter les familles et parents par des méthodes directes et indirectes. En ce qui concerne les méthodes indirectes, il s'agit de toucher les familles, notamment en contactant les organismes locaux et nationaux qui s'occupent des enfants et des adolescents qui souffrent de problèmes affectifs et comportementaux, des organisations de services familiaux, les prestataires de services de santé mentale et les écoles, afin d'identifier les parents qui siègent aux conseils consultatifs ou qui sont des personnalités connues dans ce domaine. En ce qui concerne les méthodes directes, permettant d'établir le contact avec les familles, il s'agit notamment du parrainage et/ou de la participation aux conférences, les meetings ou les débats publics concernant la santé mentale des enfants, l'accueil de groupes de discussion publiques et autres manifestations de sensibilisation aux buts et réussites de la coalition. Une autre méthode permettant de toucher les parents d'enfants et d'adolescents souffrant de problèmes de santé mentale, pour encourager leur participation, consiste à passer par les média pour faire connaître la création de la coalition, ses buts et ses stratégies.
- Une fois les familles contactées, leur intérêt acquis, il convient qu'un représentant de la coalition les rencontre aux fins suivantes:
 - Explorer les attentes et les préoccupations communes.
 - Expliquer l'importance de la création d'une politique nationale de santé mentale des enfants et des adolescents, notamment pour ces familles et leurs enfants.
 - Expliquer le but du groupe de promotion et de défense d'une politique de santé mentale.
 - Débattre de l'importance de leur participation : leurs attentes et ce qui est nécessaire pour appuyer leur participation.
 - Leur faire comprendre la structure de la coalition, la manière dont les décisions sont prises et la manière dont ses activités se déroulent.
 - Décrire la composition de la coalition (les organisations membres, la direction supérieure, les principaux groupes intéressés).
 - Fournir des renseignements sur les différents niveaux de participation et d'activité au sein du travail de la coalition (rédaction de pétitions, téléphones aux décideurs, exposés d'information publique, participation aux réunions et aux audiences législatives, etc).
 - Établir des rapports entre la coalition, les associations parentales et les autres organisations auxquelles les familles participent d'ores et déjà.
- En outre de l'établissement de rapports avec la coalition, il est essentiel que les organisations parentales connaissent les réalités de l'environnement dans lequel la coalition travaille. Les facteurs internes et externes (par exemple les programmes personnels ou organisationnels, les questions en lice entre les membres de la coalition, le climat politique et en quoi ces éléments influent sur les efforts de la coalition) ont une incidence sur la manière dont la coalition choisit ses priorités et prend ses décisions.
- Les coalitions et les groupes de défense et de promotion qui ont accès à des ressources souples, tangibles et pratiques sont plus à même de remplir les besoins individuels des familles qui les composent. La formation des représentants parentaux est donc essentielle pour prendre part utilement aux activités de promotion d'une politique nationale de santé mentale.
- Les familles dont les enfants souffrent de problèmes de santé mentale ont des horaires chargés. Il convient que les coalitions soient souples et prévoyantes en convoquant des réunions, à des heures et à des endroits qui tiendront compte de ces horaires chargés. Un grand nombre de coalitions ont de plus en plus recours à l'Internet et au mél pour communiquer avec leurs membres.
- Les coalitions de promotion et de défense oeuvrant sur des questions d'importance nationale, par exemple la politique de santé mentale des enfants et des adolescents, seraient avisées

d'éviter toute politique de coopération symbolique en limitant la représentation des familles ou des organisations parentales. Lorsqu'il s'agit de questions nationales, il est important de bénéficier d'une représentation familiale de toutes les régions du pays, rurales, urbaines, culturelles, de tous types de troubles affectifs et comportementaux d'enfants et d'adolescents (autisme, HADA, dépression).

- De nombreuses familles ne peuvent se permettre les dépenses supplémentaires d'une participation à une coalition nationale de promotion et de défense de la santé mentale. Les allocations journalières et le remboursement des transports, logement et repas pour se rendre aux réunions de la coalition ou pour témoigner devant des commissions législatives pèsent de leur poids dans la balance pour les familles et leur permet de s'investir réellement dans la coalition.
- Échanges d'informations.
- Validation, reconnaissance et remerciements.
- Maintien de la participation des familles.

Ressources et références

Les ressources et références ci-dessous, citées ou adaptées, ont servi à préparer le présent guide:

- 1 WHO Mental Health Policy Project: Child and Adolescent Mental Health: Outline for Guidance Module, ©2001, World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence, Genève, Suisse)(cité avec permission. Ce document est sous forme d'avant projet et la version finale pourrait être différente des extraits ayant servi à cette publication).
- 2 World Mental Health Day 2003 Global Mental Health Education Campaign, World Federation for Mental Health, Alexandria, Virginie USA (www.wmhd.org)
- 3 Policy Guidelines for Child and Adolescent Mental Health, Directorate of Mental Health and Substance Abuse, Department of Health, République d'Afrique du Sud, janvier 2001.
- 4 Promoting Mental Health and Wellbeing, "Advocacy: Some Hints", VicHealth, New South Wales Health Department, NSW, Australie (www.togetherwedobetter.vic.gov.au)
- 5 Involving Families in Policy Group Work, Tip Sheet prepared by The Federation of Families for Children's Mental Health, Alexandria, Virginie USA, Septembre 2001 (www.ffcmh.org).
- 6 Mental Health Policy and Service Guidance Package: Child and Adolescent Mental Health, ©2002, World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence, Genève, Suisse)(cité avec permission. Ce document est sous forme d'avant projet et la version finale pourrait être différente des extraits ayant servi à cette publication).
- 7 Project ATLAS: A Project of the Department of Mental Health and Substance Dependence, World Health Organization, Genève, Suisse ©2002 WHO
- 8 Influencing Your State Legislature, Advocacy Primer, National Mental Health Association (US), Washington, DC

World Federation for Mental Health 2003

Les renseignements figurant dans ce document sont fournis à titre d'information. Les éléments présentés dans cette publication, y compris les citations et documents venant d'autres organisations, ne signifient pas l'expression d'une opinion de la WFMH concernant les politiques des pays ou des organisations concernés, ni ne signifient l'aval des politiques ou des renseignements cités. La WFMH ne peut garantir que les informations contenues dans la présente publication sont exhaustives et exactes et peut être tenue responsable de toute nuisance produite en raison de l'utilisation de cette publication.

UN PLAN D'ACTION POUR UNE COALITION DE PROMOTION ET DE DÉFENSE D'UNE POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE

Un plan d'action pour cette coalition pourra inclure, notamment, les mesures et les stratégies suivantes:

- Préparer un compendium récapitulatif précisant les buts et les objectifs de la coalition, les motifs pour lesquels il conviendra de créer et de mettre en œuvre une politique de santé mentale des enfants et des adolescents, la récapitulation de la situation actuelle de ladite politique (incidence, charge de morbidité, disponibilité actuelle des services, carences et lacunes, besoins non satisfaits) dans le pays et une description des avantages de ladite politique pour les citoyens du pays concerné.
- Convoquer et tenir une conférence de presse pour annoncer la création de la coalition et publier l'énoncé de la mission de la coalition pour expliquer les motifs de la promotion d'une politique nationale, décrire les avantages potentiels pour les citoyens quant à l'adoption et à la mise en œuvre de ladite politique.
- Organiser et tenir des réunions avec des édiles et des fonctionnaires précis afin d'expliquer les buts de la coalition, présenter l'énoncé de mission, établir des rapports de travail positifs et entretenir l'appui pour les objectifs de l'adoption d'une politique de santé mentale, nationale, des enfants et des adolescents.
- Promouvoir la création d'une commission consultative ad hoc auprès du ministre de la Santé ou des instances législatives afin de formuler une politique de santé mentale appropriée, réactive et économiquement viable, pour les enfants et les adolescents.
- Promouvoir le financement d'appui de la commission consultative ad hoc et celui d'un dossier ou rapport sur la situation de la santé mentale des enfants et des adolescents, et promouvoir la nécessité de formuler une politique nationale à cet effet.
- Planifier, organiser et tenir une « journée de promotion de la santé mentale des enfants et des adolescents », avec forum d'information, dans la capitale, pour célébrer la Journée mondiale de la santé mentale. Inviter des législateurs à prendre part au forum et/ou organiser des visites des participants au forum auprès de leurs députés et sénateurs pour leur présenter l'énoncé de mission de la coalition et encourager leur appui aux buts et objectifs de la coalition.
- Promouvoir la création, auprès du ministère de la Santé, d'un bureau ou son équivalent, pour la santé mentale des enfants et des adolescents, ou auprès de tout autre organisme public national approprié.
- Encourager les dirigeants des comités législatifs ou parlementaires appropriés à tenir des audiences publiques sur les projets de développement et d'adoption d'une politique nationale de santé mentale des enfants et des adolescents.
- Œuvre de concert avec le comité consultatif ad hoc du ministère de la Santé pour rédiger des projets législatifs spécifiques visant à la création d'une politique nationale de santé mentale des enfants et des adolescents.
- Fournir des exemples de politiques actuelles, adoptées et mises en œuvre par d'autres pays (notamment les pays analogues en termes de superficie et de démographie). L'Atlas de l'OMS constitue une ressource utile dans le cadre de cette stratégie.
- Promouvoir le parrainage, le vote ou l'adoption de la politique proposée, mise au point par la commission consultative ad hoc.
- Organiser une campagne de rédaction de lettres (et/ ou de méls) parmi les organisations membres de la coalition, les familles, les professionnels et les militants civiques, demandant l'adoption de la législation ou autre mesure administrative exigée pour l'adoption du projet de politique en question.

Directives politiques de santé mentale des enfants et des adolescents: plan d'action, Afrique du Sud

Les **directives politiques de santé mentale des enfants et des adolescents** (ministère de la Santé, République d'Afrique du Sud, janvier 2001) offrent un certain nombre de principes de base, de stratégies et de recommandations destinés à orienter les services de santé des départements et provinces dans l'élaboration d'une politique visant à prendre en charge les besoins de services de santé mentale pour les enfants et les adolescents. Ces directives constituent un exemple des éléments qu'il conviendrait d'inclure dans un projet de politique nationale:

Principes de base

Les directives de politique en Afrique du Sud se fondent sur les principes de base suivants:

- Le développement optimum jette les fondements de la santé mentale des enfants et des adolescents
- Les problèmes sont reliés entre eux
- Il existe des périodes critiques d'opportunité et de risque
- Les facteurs socioculturels façonnent et influent sur les comportements et la santé mentale
- Tous les enfants et les adolescents ne sont pas vulnérables de la même manière
- Les considérations sexospécifiques sont importantes.

Législations actuelle et cadre réglementaire

Les directives concernant les services de santé mentale des enfants et des adolescents ont été influencées par un certain nombre de politiques, de traités et de législations en vigueur, qui ont une incidence directe ou indirecte sur la santé mentale des enfants et des adolescents, notamment :

- La constitution de la république d'Afrique du Sud, 1996 (la section 28 définit les droits spécifiques des enfants sud-africains)
- Le programme de reconstruction et de développement de l'Afrique du Sud (qui contient une série de buts nationaux concernant les enfants)
- La convention des Nations Unies sur les droits des enfants (ratifiée par l'Afrique du Sud en 1995, engageant l'État à valoriser la survie, la protection et le développement des enfants sud-africains)
- Le Livre Blanc pour la transformation du système de santé en Afrique du Sud (qui charge la direction de la santé mentale et de la lutte contre la toxicomanie d'améliorer et de promouvoir le bien-être psychosocial des populations sud-africaines)
- La loi pour l'Enfance 74 de 1983, amendée (la principale loi sud-africaine pour la protection des enfants)
- Les directives de politique nationale de santé pour une santé mentale améliorée en Afrique du Sud
- La loi sur la santé mentale, 2000.

Perspectives et mission des services de santé mentale des enfants et des adolescents

Ces directives précisent les perspectives précises, appuyées par un ensemble d'énoncés de mission, portant sur la direction et les résultats souhaités des programmes nationaux de santé mentale des enfants et des adolescents.

Stratégies des interventions générales

Les directives précisent les stratégies générales dans les domaines suivants:

- Communication des informations.
- Conseil et orientation.
- Promotion d'un environnement sûr, un milieu favorable et tenant compte des différences culturelles.
- Renforcement des compétences.
- Accès aux services de santé.

Contexte des interventions générales

Les directives identifient le foyer, la famille, l'école et les installations de santé comme étant les contextes d'intervention primaires sur lesquels les stratégies des services et des interventions porteront leur attention.

Domaines prioritaires

La section finale du plan précise trois domaines prioritaires, choisis aux fins de focalisation : la lutte contre l'alcool et autres substances, les mauvais traitements infligés aux enfants et les handicaps mentaux. Plusieurs exemples sont présentés sur la manière dont les principes et les stratégies décrits ci-dessus seront appliqués à chaque domaine prioritaire, en ce qui concerne les enfants dans des situations difficiles.

(3) *Policy Guidelines for Child and Adolescent Mental Health, Department of Health, Republic of South Africa, janvier 2001.*

Faire La Publicite De Votre Manifestation

Les éléments ci-dessous vous aideront à préparer les informations destinées aux médias concernant la Journée mondiale de la Santé mentale 2003. Nous vous proposons ci-dessous des échantillons de lettres et des astuces pour mieux comprendre, et travailler, avec les médias. En établissant et en entretenant de bons rapports de travail avec les médias locaux, vous serez en mesure de garantir une couverture médiatique exacte et sensible des questions de santé mentale.

I. Comprendre les médias d'information

Les trois éléments les plus importants d'un article de qualité sont l'action, les personnages et la teneur. Il convient de faire correspondre les besoins des médias par rapport à votre message et de veiller à ce que les informations qui leur sont fournies le sont en temps et en heure. Pour mettre au point des activités et des messages médiatiques appropriés, répondez aux questions suivantes :

- Quels sont les objectifs que vous souhaitez atteindre dans votre manifestation de la JMSM?
- Quel est le public que vous visez?
- Quels sont les messages à élaborer et à transmettre pour influencer sur le public visé afin d'opérer les changements souhaités?
- Quel est le rôle que vous souhaitez voir la communauté prendre, dans l'ensemble?
- Quels sont les types d'opérations d'information médiatiques qui seront opérantes et économiques pour accomplir tout ce qui précède?

II. Quelques astuces pour réussir

- Cernez les moyens vous permettant de relier votre manifestation locale à une campagne ou une Journée nationale.
- Veillez à fournir des informations sous une forme que le grand public comprendra. Evitez le jargon professionnel que votre public pourrait ne pas comprendre.
- Possédez les informations sur votre JMSM, son thème et mettez-les à disposition pour en débattre et faxez-les aux journalistes ou aux personnes concernées.
- Etudiez la possibilité de faire co-parrainer votre manifestation par une station de radio ou une chaîne de télévision, ce qui permettrait de mettre en exergue leur engagement communautaire et de faire une publicité gratuite pour votre manifestation.
- Ayez recours au thème de la JMSM pour attirer l'attention des médias et du grand public. Insérez-le dans tous les documents publicitaires, les invitations, l'en-tête de vos lettres et de vos fax, les dossiers d'information pour les médias et les banderoles.
- Gardez le contact avec les médias après la manifestation. Remerciez-les d'avoir couvert votre manifestation. Informez-les des nouvelles questions et des nouvelles données. N'oubliez pas qu'il convient d'établir des rapports de longue durée avec les médias, pour leur faciliter la tâche en les gardant informés.

EXEMPLE DE COMMUNIQUÉ DE PRESSE

POUR PUBLICATION IMMÉDIATE

Pour tout renseignement complémentaire, veuillez contacter:

LA JOURNÉE MONDIALE DE LA SANTÉ MENTALE 2003 EST AXÉE SUR LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

_____ célébrera la Journée mondiale de la santé mentale 2003 le 10 octobre (description des activités prévues, ci-dessous)

Le thème de la ***Journée mondiale de la santé mentale 2003, Troubles affectifs et comportementaux des enfants et des adolescents***, est destiné à attirer l'attention mondiale sur l'identification, le traitement et la prévention des troubles affectifs et comportementaux des enfants et des adolescents. La Journée mondiale de la santé mentale est un projet mondial d'éducation sur la santé mentale de la World Federation for Mental Health et est célébré dans plus de 100 pays, tous les ans, le 10 octobre.

Le choix du thème reflète la nécessité d'intensifier la sensibilisation du grand public quant aux effets dévastateurs des troubles mentaux et affectifs sur les enfants et les adolescents. L'un des objectifs cette année de la campagne de la Journée mondiale de la santé mentale consiste à encourager les efforts visant à promouvoir une politique publique éclairée, à augmenter la disponibilité des services de traitement, à mettre au point et en œuvre des stratégies efficaces de prévention afin de diminuer les souffrances des enfants et de leurs familles.

A l'évidence, c'est un besoin profond. Selon l'Organisation mondiale de la santé, près de 20% des enfants et des adolescents du monde entier souffrent d'une maladie mentale handicapante, mais seul un sur cinq reçoit l'aide qui lui est nécessaire. Les programmes et les activités prévus par _____ pour célébrer la Journée de la santé mentale à _____ permettront aux citoyens de notre communauté de mieux comprendre les besoins des enfants et des adolescents qui souffrent de problèmes affectifs et comportementaux, d'encourager les parents à consulter les professionnels de la santé pour venir en aide à leurs enfants et à prévenir les problèmes de santé affective chez les jeunes.

Selon _____, _____ de _____, « la Journée mondiale de la santé mentale est une manifestation importante dans notre communauté car elle nous aidera, tous, à nous informer sur les problèmes de santé mentale et nous encouragera à appuyer l'amélioration de services et de politiques au nom des enfants et des familles. Nous encourageons tout un chacun à prendre part, cette année, aux manifestations de la Journée mondiale de la santé mentale ».

Pour tout renseignement complémentaire sur _____ et ses activités de la Journée mondiale de la santé mentale, veuillez contacter _____ au _____.

#####

EXEMPLE DE COMMUNIQUÉ DE PRESSE OU LETTRE AU RÉDACTEUR EN CHEF

POUR PUBLICATION IMMÉDIATE

Pour tout renseignement complémentaire, veuillez contacter :

LA SANTÉ AFFECTIVE DE NOS JEUNES A BESOIN DE VOTRE APPUI

Le (la) _____ annonce qu'elle (il) célébrera la Journée mondiale de la santé mentale le 10 octobre 2003. Cette année, le thème de la Journée mondiale est axé sur les troubles affectifs et comportementaux des enfants et des adolescents et présentera des informations sur un sujet qui nous tient tous – parents, enseignants, professionnels de la santé et responsables officiels – à cœur.

Les problèmes de santé mentale peuvent survenir dans toutes les familles. Un enfant ou adolescent sur cinq souffre de problèmes ou de troubles de santé mentale ou affective. Pour les adolescents, les problèmes de santé mentale sont d'ores et déjà aussi courants que les problèmes de santé physique, par exemple l'asthme. Les problèmes affectifs qui touchent les enfants, les adolescents et les jeunes comprennent notamment la dépression et les troubles de l'anxiété, le chagrin, les comportements de remise en question de l'autorité et perturbateurs, par exemple les troubles des conduites et l'hyperactivité avec déficit de l'attention, le syndrome de stress post-traumatique, les psychoses, les troubles de l'alimentation et le suicide.

Les parents, les amis et les enseignants sont souvent les premiers à remarquer les changements chez les jeunes qui indiquent un problème affectif ou comportemental, mais ils sont souvent réticents à en parler. Les parents n'osent souvent pas aller chercher une aide ou décident d'attendre, en espérant que les problèmes se régleront d'eux-mêmes. En ce qui concerne la plupart des troubles affectifs, une aide immédiate donne les meilleurs résultats. Une aide efficace pour les enfants et les adolescents au tout début d'un problème affectif ou comportemental, à l'instar d'une maladie ordinaire, signifie une orientation-conseil ou un traitement de courte durée. Le traitement est d'ordinaire fondé sur la communauté locale, avec aussi peu de perturbation que possible pour la vie scolaire ou familiale.

Nos enfants et nos adolescents constituent la ressource la plus précieuse de notre communauté et il nous incombe de promouvoir et de protéger leur bien-être physique, social, éducatif et affectif. Il s'agit également de comprendre la charge que constituent les problèmes et les troubles affectifs et comportementaux pour les jeunes et leurs parents, d'appuyer les familles lorsque les enfants souffrent de ces troubles et d'encourager nos dirigeants à planifier, financer et fournir des services adéquats et appropriés, pour ces enfants, ces adolescents et leurs familles.

Les citoyens de _____ sont vivement encouragés à se joindre à _____ pour célébrer la Journée mondiale de la santé mentale 2003 et à œuvrer, tout au long de l'année, pour appuyer l'amélioration des services destinés aux enfants et aux adolescents de notre communauté qui souffrent de troubles affectifs et comportementaux.

La Journée mondiale de la santé mentale est un programme mondial d'éducation sur la santé mentale de la World Federation for Mental Health. Elle est célébrée dans plus de 100 pays, aux quatre coins du monde, le 10 octobre.

Pour tous renseignements complémentaires sur les activités de la Journée mondiale de la santé mentale, à _____ veuillez contacter _____ à _____.

Quelques Idées Pour Célébrer la Journée Mondiale de la Santé Mentale

- Rassemblez votre comité de planification aussi rapidement que possible pour vous donner le maximum de temps pour planifier votre manifestation.
- Passez en revue la teneur de ce dossier, puis commencez à dresser le programme de votre Journée mondiale de la santé mentale.
- Veuillez noter que ces pages sont perforées pour pouvoir les retirer facilement du classeur. Vous pouvez les copier et les distribuer.
- La page de la proclamation porte un libellé recommandé pour inciter votre communauté à s'engager en faveur de la promotion de la santé mentale. Avant de la remettre au président, au Premier ministre, au gouverneur ou au maire pour signature, il conviendrait de la faire lire soigneusement aux administrateurs locaux afin de déterminer dans quelle mesure elle correspond aux besoins de vos concitoyens. N'hésitez pas à la modifier pour la faire convenir aux besoins de votre situation.
- Il serait sans doute bon de faire imprimer votre proclamation sur un vélin pour signature officielle. Un juriste local pourra vous aider à produire un document officiel et bien présenté.
- Les sociétés qui ont financé en partie la Journée mondiale de la santé mentale se trouvent au verso de la couverture. Identifiez et communiquez avec les représentants locaux de ces sociétés. Informez-les de la progression de votre planification. Demandez-leur s'ils souhaitent y prendre part, par exemple dans l'organisation d'une réception ou autre.
- Étudiez soigneusement les activités assorties de dates limite, comportant la compilation de renseignements ou de documents pour des comptes-rendus. Coordonnez vos dates limite pour assurer la diffusion et la publication de vos annonces publicitaires en temps et en heure pour la Journée mondiale de la santé mentale.
- Commencez à organiser vos manifestations suffisamment tôt pour réserver leur site et les personnes dont vous souhaitez la participation.
- Pour faire la publicité de la JMSM, placez un lien sur votre site Internet avec www.wmhd.net pour que le grand public puisse s'informer sur la WMHD et ses activités. Trouvez d'autres moyens pour "faire passer le message".
- Après le 10 octobre, remplissez et renvoyez le formulaire de compte-rendu accompagné de coupures de journaux et autres documents produits en relation avec votre Journée mondiale de la santé mentale.
- Après le 10 octobre, convoquez votre comité de planification pour passer en revue ce qui a réussi, ce qui aurait pu être amélioré et ce qui serait avantageux l'an prochain.

PROCLAMATION

Attendu que la World Federation for Mental Health a désigné « Les Troubles affectifs et comportementaux des enfants et des adolescents » à titre de thème principal de la JOURNÉE MONDIALE DE LA SANTÉ MENTALE 2003, et

Attendu que l'Organisation mondiale de la santé signale que quelque vingt pour cent des enfants et des adolescents du monde entier souffrent d'une maladie mentale handicapante, mais que seuls cinq pour cent reçoivent les traitements qui leur sont nécessaires, et

Attendu que la situation mondiale, dans les pays développés et les pays en développement, révèle l'absence virtuelle de politiques de soins pour les enfants et les adolescents victimes de troubles affectifs et comportementaux,

Pour ces motifs, à l'appui de la Journée mondiale de la santé mentale 2003, j'encourage vivement tous les citoyens de _____ à

- *prendre part aux efforts visant à amplifier la prise de conscience et la compréhension des besoins physiques, mentaux et affectifs de tous les enfants et adolescents,*
- *prôner l'amélioration de la qualité de l'accès aux services de santé mentale pour les enfants et les adolescents, ainsi qu'une amplification de la disponibilité de services efficaces de santé mentale, appropriés du point de vue de la culture, de l'âge et de la sexospécificité des enfants et des adolescents, et qui remplissent les besoins locaux,*
- *appuyer les efforts de promotion afin d'encourager les dirigeants des pouvoirs publics à adopter et à mettre en œuvre une politique nationale de la santé mentale pour les enfants et les adolescents et fournir des directives en vue de l'élaboration d'un ensemble d'éléments homogènes, réactifs, appropriés et économiquement solides, dans le domaine des soins de santé mentale pour les enfants et les adolescents.*

Constatant le besoin urgent d'une intensification de la prise de conscience publique de l'importance du bien-être des jeunes de notre pays, de la nécessité de faire disparaître la stigmatisation et la discrimination qui empêchent de nombreux parents de solliciter une aide pour leurs enfants qui souffrent de problèmes affectifs et comportementaux et de la nécessité d'améliorer la disponibilité et la qualité des services de santé mentale pour les enfants et les adolescents,

je, soussigné(e), _____
(Nom)

(Titre)

proclame, par les présentes, ce 10 octobre 2003

JOURNÉE MONDIALE DE LA SANTÉ MENTALE
à

(Pays)

Et encourage vivement tous mes concitoyens à prendre part aux activités conçues pour célébrer cette Journée.

Signature

(SCEAU)

Date

MEMBERSHIP APPLICATION

If you and/or your organization are not yet a member of the World Federation for Mental Health, why not join now and become a part of the worldwide mental health movement to help improve the mental and emotional well-being of people around the world!

TYPES OF MEMBERSHIP

- Individual membership, for any individual who would like to join WFMH.
- Affiliate membership, for organizations that would like to be affiliated with WFMH.
- Voting membership, for national or international organizations that would like to help with the matters related to WFMH, both internally and externally. Applications are available upon request.

MEMBERSHIP BENEFITS

- Opportunities for networking and collaboration with colleagues in other parts of the world with common interests and concerns
- Quarterly newsletters - bringing you timely information on global mental health issues
- Annual reports of WFMH's activities
- Reduced rates at WFMH events including regional seminars and conferences as well as the Biennial World Congresses

MEMBERSHIP FEES

Individual membership

Regular member (developed countries)	\$35
Developing country member (designated by OECD)	\$15
Lifetime member	\$500

Affiliate membership

Libraries	\$40
Annual budget below \$100,000	\$50
Annual budget of \$100,000-\$999,999	\$150
Annual budget of over \$1 million	\$300

Application on other side

Please circle the type of membership you are applying for:

Individual membership

Regular \$35
Developing country \$15
Life \$500

Affiliate membership

Library \$40
Budget below \$100,000 \$50
Budget of \$100,000 - \$999,999 \$150
Budget over \$1 million \$300

Please provide the following information:

Organization name *(only if applying as an affiliate member)* _____

Main contact person _____

Title _____

Address _____

Telephone _____ Fax _____

E-mail _____

Payment:

Please charge my Visa or MasterCard *(circle one)*

Credit Card number _____

Expiration date _____

Name on card _____

Signature _____

Check, bank draft or money order enclosed

Please return this form along with your payment (in U.S. Dollars) to:

WORLD FEDERATION FOR MENTAL HEALTH
P.O. Box 16810
Alexandria, VA 22302-0810
USA

FORMULAIRE DE COMPTE-RENDU

COMMENT AVEZ-VOUS CÉLÉBRÉ CETTE JOURNÉE ?

Vous avez ainsi la possibilité de nous parler de vos manifestations de la Journée mondiale de la santé mentale et de nous aider à perfectionner les dossier d'information à l'avenir. Le point fort de ce projet réside dans l'incidence qu'il a sur le terrain : nous vous encourageons donc à nous faire parvenir le compte-rendu de vos activités de 2003. Nous espérons que vous y participerez tous et toutes, non seulement pour « faire passer le message » mais aussi en nous communiquant ce que vous avez fait ! Chaque manifestation, grande ou petite, est importante pur nous. Nous accueillerons avec plaisir toutes les photos, les articles de journaux et les documents promotionnels. La plupart des grandes manifestations, si nous en recevons communication d'ici le 15 janvier 2004, feront partie du rapport récapitulatif de la Journée mondiale de la santé mentale composée, publiée et distribuée tous les ans aux amis et amies de la JMSM, dans le monde entier. Nous attendons avec impatience de vos nouvelles !

(VEUILLEZ ÉCRIRE EN LETTRES D'IMPRIMERIE)

NOM: _____

ORGANISATION: _____

ADRESSE: _____

TEL: _____ **FAX:** _____

MEL: _____

1. Dans l'ensemble, avez-vous été satisfait(e) des documents éducatifs relatifs à la Journée mondiale de la santé mentale ? (Choisir ci-dessous)

Très satisfait Satisfait Neutre Mécontent Très mécontent

2. Auriez-vous des suggestions ou des informations utiles dont nous pourrions nous servir pour nos documents de planification futurs ?

3. Veuillez cocher les documents du dossier de planification dont vous vous êtes servi ou qui vous ont semblé utiles pour la Journée mondiale de la santé mentale?

Introduction

Fiches techniques

Progres de la recherche

Ressources

Proclamation

Guide destiné à ceux qui s'occupent

Guide des citoyens pour promouvoir la mise en place d'une politique

Section Faire la publicite de votre manifestation

4. Si vous deviez choisir le résultat le plus important de votre Journée mondiale de la santé mentale, cette année, lequel serait-ce ? (Ajouter des feuillets, si nécessaire)

5. Quelles sont les manifestations spéciales que vous avez organisées pour la Journée mondiale de la santé mentale ?

Y a-t-il des personnes auxquelles nous devrions envoyer une copie des documents d'information sur les prochaines Journées mondiales pour la santé mentale ? Dans l'affirmative, veuillez écrire en LETTRES D'IMPRIMERIE leurs noms et adresses ci-dessous.

Nom: _____

Organisation: _____

Adresse: _____

Tel: _____ Fax: _____

Mel: _____

A envoyer par voie postale:

World Federation for Mental Health
P.O. Box 16810
Alexandria, VA 22302-0810 USA

Section III : Renseignements de référence

- World Federation for Mental Health : profil
- Conseil de direction de la WFMH
- Comité international de conseillers scientifiques de la Journée mondiale de la santé mentale 2003
- Parrains de la Journée mondiale de la santé mentale 2003
- Une liste de sources intéressantes d'information supplémentaire sur la santé mentale des enfants et des adolescents

FEDERATION MONDIALE POUR LA SANTE MENTALE

La WFMH a été créée en 1948 afin de promouvoir, auprès de tous les peuples et de toutes les nations, la prévention des troubles mentaux et émotionnels, le traitement et les soins adéquats aux personnes touchées par ces troubles et promouvoir la santé mentale.

La Fédération, avec des membres et des contacts dans 112 pays sur six continents, a fait face à la crise internationale de la santé mentale, par le biais de son rôle à titre de seule organisation mondiale communautaire d'action sociale et d'éducation publique dans le domaine de la santé mentale. Les adhérents, organisations et particuliers, comprennent des professionnels de la santé mentale de toutes les disciplines, les consommateurs/utilisateurs des services de santé mentale, les parents et familles, ainsi que les citoyens intéressés. La grande diversité de nos adhérents permet la collaboration entre les gouvernements et les organisations non gouvernementales.

Tout au long de son histoire, la Fédération a assuré activement la promotion des intérêts des malades mentaux dans les conférences internationales, tant publiques que privées, et elle a appuyé les efforts de ses organisations membres, à l'échelon national et régional.

La Fédération est accréditée à titre d'expert-conseil auprès des Nations Unies et de ses agences spécialisées et elle collabore étroitement avec l'Organisation mondiale de la santé, l'UNESCO, le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, la commission des droits de l'Homme des Nations Unies, l'Organisation internationale de travail et bien d'autres encore.

MISSION

La mission de la Fédération Mondiale pour la Santé Mentale consiste à promouvoir, auprès de tous les peuples et de toutes les nations, le plus haut degré possible de santé mentale sous tous ses aspects les plus larges, biologiques, médicaux, éducatifs et sociaux.

DESSEIN

La World Federation envisage un monde où la santé mentale est une priorité pour tous. Les mesures et les programmes publics reflètent l'importance cruciale de la santé mentale dans la vie des êtres humains, des familles et des communautés, ainsi que dans la stabilité économique et politique du monde.

L'interdépendance de la santé mentale et physique, dans un environnement social, est intégralement reconnue. Des programmes conséquents et efficaces sont axés sur la recherche, la formation et les services de promotion de la santé et du fonctionnement mentaux, optimaux, la prévention des troubles ainsi que les soins et les traitements des personnes souffrant de problèmes de santé mentale, de bout en bout de leur cycle de vie. Ceux qui traversent des troubles mentaux, neurologiques et psychologiques sont compris, acceptés et traités équitablement, à tous les égards de la vie communautaire.

BUTS

- Sensibiliser le grand public quant à l'importance de la santé mentale, lui faire mieux comprendre les troubles mentaux et améliorer les comportements à cet égard.
- Promouvoir la santé mentale et un fonctionnement optimal.
- Prévenir les troubles mentaux, neurologiques et psychosociaux.
- Améliorer les soins et les traitements des personnes victimes de troubles mentaux, neurologiques et psychosociaux.

Conseil de direction de la WFMH

PRESIDENT

L. Patt Franciosi, PhD - USA

PRESIDENT-ELECT

Shona Sturgeon - SOUTH AFRICA

IMMEDIATE PAST PRESIDENT

Pirkko Lahti - FINLAND

BOARD MEMBERS AT LARGE

Paulo Alterwain, MD - URUGUAY

Dr. Maan A. Barry - YEMEN

Chueh Chang, ScD - TAIWAN

Tony Fowke, AM - AUSTRALIA

Brian Howard - IRELAND

Beverly Long - USA

Janet Paleo - USA

Richard Studer - USA

Deborah Wan - HONG KONG

TREASURER

Edward Pennington - CANADA

HONORARY SECRETARY

Janet Meagher, AM - AUSTRALIA

REGIONAL VICE PRESIDENTS

Africa

Elizabeth Matare - ZIMBABWE

Eastern Mediterranean

Ahmed Abou El Azayem, MD - EGYPT

Europe

Leo de Graaf - THE NETHERLANDS

Mexico & Central America

Virginia Gonzalez Torres - MEXICO

North America & Caribbean

Cynthia Wainscott - USA

Oceania

Peter McGeorge, MBChB - NEW ZEALAND

South America

Prof. Miguel R. Jorge, MD - BRAZIL

Southeast Asia

Regina de Jesus - PHILIPPINES

Western Pacific

Kazuyoshi Yamamoto, MD - JAPAN

WFMH REGIONAL OFFICES

African Regional Council

Isaac Mwendapole - ZAMBIA

European Regional Council/MHE

Pascale Van den Heede - BELGIUM

Eastern Mediterranean Regional Council

Ahmed Abou El-Azayem, MD - EGYPT

Mexico/Central America Regional Council

Federico Puente, MD - MEXICO

Jour de la Santé Mental Mondial Comité Consultatif

Javad Alaghband-Rad, MD

President, Iranian Academy of Child & Adolescent Psychiatry
Chief of Child & Adolescent Psychiatry Branch
Roozbeh Hospital, South Kargar Avenue
Tehran 13334 IRAN
Email: rad@ams.ac.ir

William Beardslee, MD

Psychiatrist-in-Chief
Children's Hospital
300 Longwood
Boston, MA 02115 USA
Email: william.beardslee@tch.harvard.edu

Myron Belfer, MD, MPA

Management of Mental & Brain Disorders
Dept. of MH & Substance Abuse
World Health Organization
20 Avenue Appia
CH-1211 Geneva 27 SWITZERLAND
Email: belferm@who.ch

Pamela Sicher Cantor, MD

President
Children's Mental Health Alliance
52 East 72nd Street
New York, NY 10021 USA
Email: pacantormd@cmhalliance.org

John Copeland, MD

Chair, World Mental Health Day Committee
6 Stanley Road, Hoylake, Wirral
Merseydide, CH47 1HW UNITED KINGDOM
Email: jrmcop@btinternet.com

Luis D. Herrera, MD

Hospital CIMA San Jose
Apartado 261-1260
Plaza Colonial, Escazu
San Jose COSTA RICA
Email: lherrera@hospitalsanjose.net

John Fayyad, MD

Department of Psychiatry & Psychology
St George Hospital
PO BOX 166378
Beirut, Achrafieh 1100-2807 LEBANON
Email: mind@dm.net.lb

Peter Jensen, MD

Director, Center for Advancement of Children's Mental Health
Columbia University/New York State Psychiatric Institute
1051 Riverside Drive, Unit 78
New York, NY 10032 USA
Email: pj131@columbia.edu

Eve Moscicki, Sc.D, MPH

Child and Adolescent Research
National Institute of Mental Health
Room 7167, MSC 9630
6001 Executive Boulevard
Bethesda, MD 20892 USA
Email: em15y@nih.gov

Michael Aman, PhD

Professor of Psychology and Psychiatry
The Nisonger Center, Room 175
Ohio State University
188 Dodd Drive
Columbus, OH 43210-1257 USA
Email: aman.1@osu.edu

Helmut Remschmidt, MD, PhD

President, IACAPAP
Director, Department of Child & Adolescent Psychiatry
Phillips University
Hans-Sachs Strasse 6
D-35033 Marburg GERMANY
Email: remschm@post.med.uni-marburg.de

Professor Beverley Raphael

Director, Centre for Mental Health
LMB 961
North Sydney, NSW 2059 AUSTRALIA
Email: braph@doh.health.nsw.gov.au

Professor Brian Robertson, MD

Dept. of Psychiatry & Mental Health
University of Cape Town
J-Block - Groote Schuur Hospital
Observatory 7925 SOUTH AFRICA
Email: brian@curie.uct.ac.za

Kazuyoshi Yamamoto, MD

Department of Neuropsychiatry
Faculty of Medicine, University of Ryukyus
207 Uehara
Nishihara, Okinawa 903-0215 JAPAN
Email: koala@ryukyuu.ne.jp

Parrains de la Journée mondiale de la santé mentale 2003

Pour obtenir plus de renseignements sur les particuliers qui ont appuyé la Journée mondiale de la santé mentale, dans votre pays ou dans votre région géographique, veuillez consulter notre site Internet www.wfmh.org ou contactez le secretariat de la WFMH au (mél) info@wfmh.com

Antigua & Barbuda	Iran	Singapore
Argentina	Ireland	Slovenia
Australia	Israel	Spain
Bahamas	Italy	South Africa
Bangladesh	Jamaica	Sri Lanka
Barbados	Kenya	St. Lucia
Brazil	Latvia	St. Vincent and the Grenadines
British Virgin Islands	Lebanon	Sudan
Bulgaria	Malawi	Switzerland
Cameroon	Malaysia	Syria
Canada	Mauritius	Taiwan
Chile	Mexico	Tanzania
China	Micronesia	Thailand
Croatia	Namibia	Trinidad & Tobago
Egypt	Nepal	Turkey
Finland	The Netherlands	United Kingdom
France	New Zealand	United States
Georgia	Pakistan	Uruguay
Germany	Palestine	Vietnam
Ghana	Panama	Zambia
Greece	Peru	Zimbabwe
Guyana	Philippines	
Honduras	Poland	
Hong Kong	Portugal	
Iceland	Puerto Rico	
India	Romania	
Indonesia	Seychelles	

sous réserve de modifications

RESSOURCES

About Our Kids

New York University Child Study Center
555 First Avenue
New York NY 10016 USA
Website: www.aboutourkids.org

African Child Association

International Secretariat
5 Westminster Bridge Road
London SE1 7XW ENGLAND
Website: www.acaint.org

American Academy of Child & Adolescent Psychiatry

3615 Wisconsin Avenue, NW
Washington, DC 20016-3007 USA
+1 202 966 7300
Website: www.aacap.org

American Academy of Pediatrics

141 Northwest Point Boulevard
Elk Grove, IL 60007-1098 USA
+1 847 434 4000
Website: www.aap.org

American Psychiatric Association

1000 Wilson Boulevard, Suite 1825
Arlington VA 22209-3901 USA
+1 703 907 7300
Website: www.psych.org

Australian Clearinghouse for Youth Studies

GPO Box 252-64
Hobart Tasmania 7001 AUSTRALIA
Website: www.acys.utas.edu.au

Australian Centre for Posttraumatic MH

Locked Bag 1
West Heidelberg VIC 3081 AUSTRALIA
+61 3 9214 7888
Website: www.ncptsd.unimelb.edu.au

Australian Network for Promotion, Prevention and Early Intervention AUSINET

C/-CMHS – Southern
Flinders Medical Centre
Bedford Park SA 5042 AUSTRALIA
Website: www.ausinet.flinders.edu.au

The Carter Center

Mental Health Program
One Copenhill
Atlanta GA 30307 USA
+1 404 420 5165
Website: www.cartercenter.org

Centre for Health Education & Promotion

Nat'l Health Prgm for Children & Adolescents
Ruutli 24, Tallinn ESTONIA
+372 627 9283
Website: www.tervis.ee

Centre for Mental Health

New South Wales Health Department
LMB 961
North Sydney NSW 2059 AUSTRALIA
Website: www.health.nsw.gov.au

Child Abuse & Neglect in Eastern Europe

Website: <http://www.canee.net>

Children's Mental Health Alliance

52 East 72nd Street
New York NY USA
Website: www.cmhalliance.org

Center for Mental Health Services

SA & MH Services Administration, USDHHS
5600 Fishers Lane
Rockville MD 20857 USA
Website: www.samhsa.gov/cmhs

European Academy for Child & Adolescent Psychiatry (ESCAP)

Website: www.escap-net.org

Federation of Families for Children's MH

1101 King Street, Suite 420
Alexandria VA 22314 USA
+1 703 684 7710
Website: www.ffcmh.org

Geneva Initiative on Psychiatry

P. O. Box 1282
Hilversum 1200BG THE NETHERLANDS
Website: www.geneva-initiative.org

Global Childnet

#113-990 Beach Avenue
Vancouver, British Columbia V6E 4MZ CANADA
Website: www.gcnet.org/gcnet

Health Canada

Division of Childhood and Adolescence
Tunney's Pasture, Address Locator: 1909C2
Ottawa ON K1A 1B4 CANADA
Website: www.hc-sc.gc.ca/dca-dea/

Immigration and Refugee Svcs of America

National Alliance for Multicultural Mental Health
1717 Massachusetts Avenue, NW, Suite 200
Washington DC 20036
Website: www.refugeeusa.org

Institute for Development Research and Applied Care (IDRAC)

www.idrac.org.lb

International Academy for Child & Adolescent Psychiatry and Allied Professions

Website: www.iacapap.org

International Save the Children Alliance

275-281 King Street
London W6 9LZ UNITED KINGDOM
+44 208 748 2554
Website: www.savethechildren.net

International School Psychology Association

Hans Knudsens Plads 1A 1st Floor
2100 Copenhagen DENMARK
Website: www.ispaweb.org

Int'l Union for Health Promotion & Education

2 rue Auguste Comte
92170 Canves FRANCE
+330 1 46 45 00 59
Website: www.iuhpe.org

National Institute of Mental Health

Child and Adolescent Research Branch
6001 Executive Boulevard
Bethesda MD 20892 USA
Website: www.nimh.nih.gov

National Mental Health Association

2001 North Boulevard Street, 12th Floor
Alexandria VA 22311 USA
+1 703 684 7722
Website: www.nmha.org

Transcultural Mental Health Centre

Locked Bag 7118
Parramatta BC NSW 2150 AUSTRALIA
Website: www.tmhc.nsw.gov.au

Trust for the Study of Adolescence

23 New Road
Brighton, East Sussex BN1 1WZ UNITED KINGDOM
+44 127 369 3311
Website: www.tsa.uk.com

United Nation's Children Fund

Division of Communication
3 United Nations Plaza
New York NY 10017 USA
+1 212 326 7467
E-mail: pubdec@unicef.org

UN High Commissioner for Human Rights

Committee on the Rights of the Child
D 214, Palais des Nations
1211 Geneve 10 SWITZERLAND
Website: www.unchr.ch

UN High Commissioner for Refugees

Case Postale 2500
1211 Geneve 2 Depot SWITZERLAND
+41 22 739 8111
Website: www.unchr.ch

UNICEF Headquarters

UNICEF House
3 United Nations Plaza
New York NY 10017 USA
Website: www.unicef.org

VicHealth**Victoria Health Promotion Foundation**

Post Office Box 154
Carlton South, VIC 3053 AUSTRALIA
Website: www.vichealth.vic.gov.au

WFMH Collaborating Centre on Psychiatry in Africa

University of Cape Town
Groote Schuur Hospital
Observatory, Cape Town 7925 SOUTH AFRICA
+27 21 447 5450

World Health Organization

Division of Mental Health and Substance Dependence
Geneva CH-1211 SWITZERLAND
Website: www.who.int

World Psychiatric Association

WPA Secretariat
Elmhurst Hospital/Mt. Sinai School of Medicine
79-01 Broadway, Room D-10-20
Elmhurst NY 11373 USA
+1 718 334 3459
Website: www.wpanet.org

Young Minds

The National Association for Child & Family MH
102-108 Clerkenwell Road
London EC1M 5SA UNITED KINGDOM
+44 207 336 8445
Website: www.youngminds.org.uk

Ces documents ont été réalisés grâce aux subventions pédagogiques offertes par les organisations suivantes:



La World Federation for Mental Health remercie les sponsors du projet de la JMSM 2002. Leur assistance a été capitale pour la production et la distribution de cette publication. Si ce document vous a été utile, nous vous encourageons vivement d'envoyer vos brefs remerciements aux promoteurs principaux, aux adresses suivantes:

JANSSEN CILAG
Pam Rasmussen
1125 Trenton-Harbourton Rd
PO BOX 200
Titusville, NJ 08560-0200 USA

ASTRAZENECA
Jim Minnick
1800 Concord Pike
PO BOX 15437-OW3
Wilmington, DE 19850-5437 USA

ELI LILLY and COMPANY
Desiree Filippone
555 Twelfth Street, NW, Suite 650
Washington, DC 20004 USA

OTSUKA AMERICA PHARMACEUTICAL, INC
Debra Kaufmann
2440 Research Boulevard
Rockville, MD 20850 USA



For more information on World Mental Health Day
or to obtain further copies of the campaign packets, contact:

World Federation for Mental Health
PO Box 16810
Alexandria, VA 22302-0810 USA
Phone: +1 703 838 7543
Fax: +1 703 519 7648
Email: wmhday@wfmh.com
Web: www.wmhday.net