|  |
| --- |
| Questionnaire pour adolescents, utilisateurs de services de soins de santé mentale  |

Please fill in:

|  |  |
| --- | --- |
| Pays | Pays |
| Région | Région |

|  |
| --- |
| 1. Objectifs du questionnaire
 |

Cette consultation cherche à répondre à la question suivante :

* Dans quelle mesure les services de soins (intégrés) en Europe répondent-ils aux besoins des adolescents ?

Nous apprécions fortement votre contribution à cette consultation et nous vous remercions de nous renvoyer ce questionnaire rempli par courriel à  [info@adocare.eu](http://adocare.eu/non-classe/questionnaire-4/%22mailto%3Ainfo%40adocare.eu)

Le projet et la recherche ADOCARE s’inscrivent dans le programme de la santé mentale et du bien-être de l’Europe et répondent aux objectifs de la **stratégie Europe 2020**.

Pour plus d’information sur ADOCARE nous vous invitons à visiter notre site Internet : [www.adocare.eu](http://www.adocare.eu)

Si vous avez des questions concernant ce questionnaire ou le projet, n’hésitez pas à contacter:

|  |
| --- |
| **Iona Vermet, MD**Junior Researcher**Evelien Coppens, PhD**Research Coordinator‬‬‬**Prof. Dr. Chantal Van Audenhove**Research Director+32 16 37 34 31 lucas@med.kuleuven.be**LUCAS** – Centre for Care Research and Consultancy | Kapucijnenvoer 39 - bus 5310 | 3000 Leuven | <http://www.kuleuven.be/lucas> |

|  |
| --- |
| 1. Contexte
 |

Trop souvent en Europe, les jeunes et leur entourage ne trouvent pas l’aide adéquate lorsqu’ils souffrent de problèmes de santé mentale. Les structures de soins de santé traditionnelles ne tiennent souvent pas assez compte des besoins spécifiques des adolescents. Ceci est dû au fait que dans beaucoup de pays, les structures de soins de santé mentale sont orientées soit vers les enfants soit vers les adultes. Dès lors la spécificité des problèmes de santé mentale des adolescents ou des jeunes adultes n’est pas assez prise en compte, voire oubliée. A cela s’ajoute le fait qu’il y a trop peu de structures de soins de santé mentale en général, et particulièrement de structures axées sur les adolescents.

Afin de promouvoir la création de structures intégrées de soins adaptés pour les adolescents dans les pays membres de l’Union Européenne, ADOCARE :

* Produira une vue d’ensemble des bonnes pratiques en matière de soins de santé mentale adaptés aux besoins spécifiques des adolescents
* Construit un réseau de spécialistes dans la matière de soins de santé mentale pour adolescents.
* Analyse les pratiques existantes avec une attention particulière portée aux avantages, aux faiblesses et à la transférabilité vers d’autres pays membres de l’UE.
* Développe des lignes directrices pour une Politique Européenne en matière de soins de santé mentale pour les adolescents.

Quelques définitions utilisées dans ce questionnaire:

* **Adolescents** : des jeunes de 12-24 ans.
* **Structure de soin intégrée :** service de soins de santé mentale qui offre non seulement des traitements médicaux et psychologiques pour les adolescents, mais qui soutient également une intégration du jeune dans la société. Ainsi, un soin intégré doit également tenir compte des autres besoins du jeune comme les besoins d’éducation, de contacts sociaux, d’hébergement, de travail …

Il est dès lors essentiel que la structure de soin collabore en réseau avec d’autres organisations.

|  |
| --- |
| 1. Confidentialité
 |

Toutes vos réponses sont assurées de la confidentialité et ne seront pas transmises à des tiers.

Dans le but de formuler de bonnes lignes directrices pour une politique européenne en la matière, il est important que nous soyons informés de :

* Le genre de service de soins auquel vous avez fait appel au cours des six derniers mois.
* Quelques caractéristiques personnelles
* Le(s) problème(s) psychologique(s) dont vous souffrez

Merci dès lors de bien vouloir préciser :

|  |  |
| --- | --- |
| Le nom du service de soins de santé mentale que vous avez consulté au cours des derniers 6 mois.  | Nom |
| Le site Internet de ce service/clinique (si existant) | Site Internet |
| Votre âge | Age |
| Votre sexe  | Sexe |
| Le diagnostic/le problème pour lequel vous avez cherché de l’aide au cours des six derniers mois est le mieux décrit comme suit (merci de cochez) :  |  |
| Dépression  | [ ]  |
| Trouble bipolaire  | [ ]  |
| Trouble anxieux  | [ ]  |
| Trouble de stress post-traumatique  | [ ]  |
| Trouble du spectre autistique  | [ ]  |
| TDAH | [ ]  |
| Trouble du comportement  | [ ]  |
| Trouble psychotique ou schizophrénique | [ ]  |
| Trouble alimentaire (anorexie/boulimie) | [ ]  |
| Addiction (abus d’alcool ou de drogue) | [ ]  |
| Auto-mutilation  | [ ]  |
| Aucun des précédents  | [ ]  |
| Je ne sais pas | [ ]  |

|  |
| --- |
| 1. Description du service de soins de santé mentale consulté au cours des derniers 6 mois.
 |

Le profil du service de soins de santé mentale que vous avez consulté au cours des 6 derniers mois nous intéresse.

Des caractéristiques intéressantes sont : les soins offerts, les options de consultations, le genre de structure de soins à laquelle vous avez fait appel … A cette fin, nous vous remercions de répondre aux questions suivantes :

1. Merci de cochez dans le tableau ci-dessous le genre de soins que vous avez reçus ces derniers 6 mois :

|  |  |
| --- | --- |
|  | J’ai fait appel à |
| Soins à domicile  | [ ]  |
| Soins de jour  | [ ]  |
| Soins ambulatoires  | [ ]  |
| Soins résidentiels dans un hôpital  | [ ]  |
| Soins résidentiels non-hospitaliers (maison, institutions,…)  | [ ]  |
| Autres (merci de décrire ci-dessous) | [ ]  |

* Si vous avez répondu “autres”, merci de le décrire ci-dessous:

|  |
| --- |
| merci de répondre ici |
|  |
|  |

1. Le service consulté, était-il exclusivement destiné aux adolescents (âges 12-24) ?

oui: [ ]

non: [ ]

je ne sais pas: [ ]

* Le fait d’avoir reçu des soins dans un service avec d’autres groupes d’âge (adultes, enfants) vous a-t-il dérangé ?

oui: [ ]

non: [ ]

je ne sais pas: [ ]

* Pouvez-vous expliquer pourquoi?

|  |
| --- |
| merci de répondre ici |
|  |
|  |

1. Votre ressenti et votre expérience vis-à-vis des soins/traitements que vous avez reçus ces six derniers mois dans le service de soins de santé mentale que vous avez consulté nous intéresse. Merci d’indiquer dans le tableau ci-dessous dans quelle mesure vous êtes d’accord avec les expressions suivantes:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ces derniers 6 mois, en recevant les soins/traitements dans le service de soins de santé mentale :**  | **Pas du tout** | **Plutôt pas** | **Neutre** | **Plutôt oui** | **Certainement** |
| Il m’était demandé mon avis sur les soins  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| J’avais le choix quant aux traitements  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| J’étais content(e) de l’organisation de mes soins.  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Il m’était demandé de parler de mes aspirations  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **Ces derniers 6 mois, en recevant les soins/traitements dans le service de soins de santé mentale :**  | **Pas du tout** | **Plutôt pas** | **Neutre** | **Plutôt oui**  | **Certainement** |
| J’étais convaincu(e) que le médecin/infirmière tenait compte de mes valeurs, convictions et traditions | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| J’étais aidé(e) à développer un plan de traitement que je pouvais réaliser | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Je me sentais soutenu(e) dans le suivi des programmes de soins  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| J’étais guidé(e) vers un traitement spécialisé qui correspondait à mes besoins spécifiques  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Concernant le service de soin de santé mentale que j’ai consulté ces six derniers mois, je considère que:**  | **Pas du tout** | **Plutôt pas** | **Neutre** | **Plutôt oui**  | **Certainement**  |
| Le service de soin m’a encouragé à vivre ma vie.  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Le service de soin a offert à ma famille l’information/le soutien nécessaire.  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Le service de soin m’offert des opportunités intéressantes pour moi.  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Le service de soins de santé mentale auquel j’ai fait appel ces derniers 6 mois a tenu compte de mes besoins spécifiques :**  | **Pas du tout** | **Plutôt pas** | **Neutre**  | **Beaucoup**  | **Absolument** |
| Sur le plan de l’éducation  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| A trouver de l’hébergement si nécessaire  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| A trouver de l’emploi si nécessaire | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| A construire des relations avec d’autres personnes  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| A prendre soin de moi  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| A organiser mon temps libre de façon utile | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

1. Quels sont selon vous des **points importants** dont un bon service de soins de santé mentale doit tenir compte.

Merci de cocher le tableau ci-dessous. Vous pouvez rajouter des points.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Un bon service de soins de santé mentale …** | **Pas du tout important**  | **Pas trop important** | **Neutre** | **Plutôt important**  | **Très important** |
| me demande mon opinion  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| ... me stimule à réfléchir sur les soins/ traitements que je reçois  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| ... me demande mes buts personnels  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| ... tient compte de mes valeurs, croyances et traditions  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| ... m’oriente vers un soin spécialisé adapté à mes besoins  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| ...m’aide à m’intégrer dans la société  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| ... soutient ma famille  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **Un bon service de soins de santé mentale …** | **Pas du tout important**  | **Pas trop important** | **Neutre** | **Plutôt important**  | **Très important** |
| ... offre des opportunités (p.ex. activités) qui ont du sens pour moi  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| ... répond à mes besoins de formation/éducation  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| ... m’aide à trouver de l’hébergement  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| ... m’aide à trouver un travail intéressant  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| ... m’aide à construire des relations avec d’autres personnes  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| ... m’aide à prendre soin de moi  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| ... m’aide à organiser mon temps libre de façon utile  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

Si vous avez d’autres points importants dont un bon service de soins doit tenir compte vous pouvez les mentionner ci-dessous :

|  |
| --- |
| Répondre ici |
|  |
|  |

Êtes-vous au courant de l’existence d’ initiatives intéressantes pour des adolescents qui souffrent de problèmes mentaux? Si oui, merci de les mentionner ici :

|  |
| --- |
| Répondre ici |
|  |
|  |

NOUS VOUS REMERCIONS CHALEUREUSEMENT D’AVOIR REMPLI CE QUESTIONNAIRE