

*À la mémoire de mon père et de mon petit frère,
qui nous ont quittés pendant l'écriture de ce livre.
Vous me manquez énormément.*

Chapitre 1

COMMENT SE PORTE LA SANTÉ MENTALE DES JEUNES ?

« À l'échelle mondiale, on estime qu'1 jeune de 10 à 19 ans sur 7 (14%) souffre de troubles mentaux ; pourtant, ces troubles ne reçoivent pas l'attention qu'ils méritent et sont très peu pris en charge¹. » Voilà la sonnette d'alarme tirée par l'Organisation mondiale de la Santé en 2024.

Si on considère seulement les pays industrialisés de l'Europe et de l'Amérique du Nord, ces estimations sont encore plus élevées, soit environ 16 à 20 %^{2,3,4}. À partir de ces données, on peut donc estimer que, dans nos écoles, environ 5 à 6 enfants par classe de 30 élèves présentent un trouble de santé mentale.

Si votre enfant est affecté par des enjeux de santé mentale, sachez qu'il est loin d'être le seul dans sa situation. Vous aussi, comme adulte, vivez peut-être également des difficultés psychologiques. D'ailleurs, on estime que plus de 80 % de la population aura souffert d'au moins un problème de santé mentale avant l'âge de 45 ans^{5,6}.

Dans les dernières années, une augmentation de plusieurs problèmes de santé mentale est documentée chez les jeunes, entre autres la dépression⁷, l'anxiété⁸ et les troubles alimentaires comme l'anorexie⁹. Pour les filles de 10 à 19 ans, le nombre de visites aux

urgences en raison de tentatives de suicide a également augmenté au Québec¹⁰.

Alors qu'une enquête réalisée dans la province en 2017-2018 indiquait que 9% des jeunes adultes de 18-24 ans considéraient leur santé mentale comme «passable» ou «mauvaise», ce pourcentage était passé à 42% en 2023¹¹.

En plus de provoquer de bien tristes décès chez des jeunes qui avaient toute la vie devant eux, les problèmes de santé mentale ont plusieurs autres impacts majeurs. Par exemple, à l'échelle mondiale, ce sont les troubles neuropsychiatriques qui constituent la cause principale d'invalidité chez les jeunes de 10 à 24 ans, atteignant 45%¹². Viennent ensuite, loin derrière, les blessures non intentionnelles (12%) et les maladies infectieuses et parasitaires (10%). Les auteurs de cette étude mentionnent que la santé des jeunes a été grandement négligée entre autres parce que ce groupe d'âge est perçu comme étant généralement en santé. Selon eux, il serait important d'y accorder plus d'attention, d'un point de vue de santé publique. Ces affirmations datent d'il y a plus d'une décennie, mais elles sont encore plus pertinentes aujourd'hui.

Des problématiques de plus en plus fréquentes

Les difficultés psychologiques qui affectent les jeunes sont très variées. Je n'en dresserai pas ici une liste exhaustive, mais il me semble important d'expliquer les plus courantes.

Anxiété

Les troubles anxieux incluent notamment le trouble d'anxiété généralisée, l'anxiété sociale, le trouble panique, l'agoraphobie, les phobies spécifiques et l'anxiété de séparation. Ils sont brièvement décrits ci-dessous. Bien souvent, deux ou plusieurs troubles cohabitent chez une même personne.

- Le **trouble d'anxiété généralisée** fait référence à une anxiété excessive, présente la majorité du temps et portant sur divers sujets.

- L'**anxiété sociale** concerne la peur d'être mal à l'aise dans une situation sociale et conduit à l'évitement de ce type d'événement.
- Le **trouble panique** se manifeste sous forme d'attaques de panique, caractérisées par des montées d'anxiété accompagnées de symptômes physiques souvent intenses comme des palpitations cardiaques, de la transpiration importante et une respiration rapide. Le jeune a peur de refaire des crises ou change son comportement par rapport à ces dernières.
- Les **phobies** sont liées à des peurs intenses de certaines situations spécifiques ou d'objets (p. ex. peur des chiens ou des aiguilles).
- L'**agoraphobie** constitue une peur de se retrouver dans certaines situations où la fuite ou l'obtention d'aide pourraient être difficiles, comme dans un lieu public. Certaines personnes souffrant d'agoraphobie en viennent à refuser de sortir de leur maison.
- L'**anxiété de séparation** se traduit par une peur d'être séparé d'une figure d'attachement, par exemple un parent.

Comme pour les autres troubles de santé mentale, pour correspondre aux critères diagnostiques, ces difficultés doivent entraîner une souffrance importante ou altérer le fonctionnement du jeune.

Les troubles d'anxiété non traités persistent souvent à l'âge adulte, d'où l'importance d'intervenir chez l'enfant ou l'adolescent qui en souffre. Le cycle d'inquiétudes, de peurs et d'évitement se nourrit par lui-même et une aide professionnelle est souvent nécessaire pour le briser.

Par exemple, un jeune qui a peur de se faire rejeter évite les situations dans lesquelles il pourrait être mis de côté ou se faire dire « non » (p. ex. aller à une fête, proposer une activité à un ami). Puisque l'anxiété diminue chaque fois qu'il arrive à se sortir d'une situation potentiellement anxiogène, cela l'encourage à poursuivre dans cette direction. Mais à force de s'isoler en refusant de participer aux

activités organisées avec ses amis, ce jeune risque de concrétiser sa peur initiale. Il ressentira probablement beaucoup moins de satisfaction à l'égard de sa vie sociale et subira les contrecoups de ce manque de contacts, qui sont si importants pour lui. Il pourrait ensuite développer des symptômes dépressifs ou d'autres difficultés.

D'ailleurs, les troubles anxieux sont souvent associés à la dépression¹³, aux troubles de l'usage de substances¹⁴, à des problèmes en lien avec l'employabilité¹⁵ et aux comportements suicidaires¹⁶. Ils sont aussi liés à une diminution de la performance scolaire^{17,18}.

Mon expérience clinique m'a démontré à maintes reprises comment l'anxiété peut altérer la capacité d'un enfant ou d'un adolescent à fonctionner à l'école ainsi qu'à obtenir des notes à la hauteur de son potentiel. Lorsqu'il est bien dosé, le stress peut améliorer les apprentissages. Par exemple, au lieu de jouer aux jeux vidéo ou de penser à autre chose en révisant sa matière, le jeune sera concentré et mémorisera l'information. Toutefois, quand l'anxiété dépasse un certain niveau, elle rend les apprentissages et la mémorisation difficiles.

Lorsque le cortisol, une hormone induite par un état de stress, est sécrété en trop grande quantité, il peut affecter négativement les capacités cognitives comme la mémoire. Parfois, les jeunes qui ont tendance à vivre beaucoup d'anxiété arrivent à leurs examens et oublient soudainement la matière qu'ils connaissaient pourtant bien la veille. Ils s'en souviendront de nouveau le soir même, lorsqu'ils seront plus calmes, même sans avoir réétudié.

D'autres jeunes ont des attaques de panique qui les empêchent d'étudier ou de passer leurs examens. À cause de l'anxiété, ils s'absentent souvent de l'école et accumulent des retards, ce qui augmente encore le niveau de stress. Les symptômes d'anxiété peuvent se combiner à des symptômes physiques comme des maux de tête ou des maux de ventre, et les exacerber. Les impacts potentiels de l'anxiété sur le fonctionnement sont donc nombreux.

Les symptômes d'anxiété sont fréquents chez les jeunes et ont augmenté dans les dernières années^{19,20}. Au Québec, deux fois plus d'adolescents de 12 à 17 ans (20 % d'entre eux) auraient reçu un

diagnostic de trouble anxieux en 2022-2023 comparativement à 2010-2011 (9%)²¹. Si nous considérons seulement les adolescentes, c'est presque une sur trois qui aurait reçu un tel diagnostic.

Dépression

Le trouble dépressif est entre autres caractérisé par une perte d'intérêt ou de plaisir pour toutes les activités – ou presque – et par un sentiment de tristesse, de perte d'espoir ou d'irritabilité. Cette dernière rime souvent avec « mèche courte », mauvaise humeur ou agressivité. Ces symptômes doivent perdurer pendant plus de deux semaines pour qu'il soit question d'un trouble dépressif.

La dépression chez les enfants et les adolescents est une des causes principales d'invalidité^{22,23}. En effet, les enfants qui souffrent de dépression s'absentent souvent de l'école ou ont de la difficulté à se concentrer en classe, ce qui risque d'affecter leur cheminement scolaire. Ils ont aussi tendance à limiter leur participation à la vie sociale et familiale. Certains jeunes s'isolent et se coupent de plus en plus du monde et des sources de soutien.

La dépression peut tristement conduire à des décès. Au Canada, les suicides sont la **deuxième cause de mortalité** chez les jeunes de 15 à 24 ans, après les accidents²⁴. Dans cette tranche d'âge, le suicide est responsable d'une part beaucoup plus grande de décès que le cancer ou que d'autres maladies.

Plusieurs autres résultats de recherche illustrent à quel point il est primordial de bien traiter les jeunes qui souffrent de dépression. Voici quatre raisons d'y voir.

1. Ces jeunes sont plus à risque d'en souffrir à nouveau à l'âge adulte²⁵.
2. Les adolescents qui ont déjà souffert d'une dépression ont, 10 à 15 ans plus tard, cinq fois plus de risques de faire une tentative de suicide que ceux qui n'en ont jamais souffert²⁶.
3. Toujours dans le même horizon de 10 à 15 ans suivant l'épisode dépressif, ces jeunes présentent plus d'hospitalisations,

médicales et psychiatriques, que ceux qui n'ont pas souffert d'une dépression lorsqu'ils étaient adolescents²⁷.

4. Les symptômes dépressifs et la détresse psychologique élevée chez les jeunes conduisent parfois à d'autres problèmes de santé mentale ou physique à l'âge adulte^{28,29}. Ceux qui en souffrent sont également plus à risque d'avoir de la difficulté à se trouver un emploi et de recevoir de l'aide sociale^{30,31}.

Tant de raisons de prendre au sérieux et de traiter adéquatement les enfants et les adolescents déprimés. Tant de raisons d'aider ces jeunes à développer une connaissance d'eux-mêmes qui leur permettra de réduire les risques de rechute au cours de leur vie et celui de commettre l'irréparable.

En 12 ans, au Québec, le pourcentage d'adolescents ayant reçu un diagnostic de dépression est passé de 4,9 % (2010–2011) à 7,4 % (2022–2023)³². Aux États-Unis, plus d'un jeune de 12 à 17 ans sur cinq rapporte avoir souffert d'une dépression et plus d'un jeune sur trois dit s'être senti triste la majorité du temps au cours de l'année précédant la réponse au questionnaire³³. Pour ceux dont la dépression est envahissante ou persistante, une partie de leur jeunesse leur file entre les doigts, emportant de belles occasions qui ne reviendront pas.

VRAI OU FAUX ?

Être déprimé et léthargique est typique de l'adolescence. Ça finit par passer.

Faux. Plusieurs adolescents vivent des situations ou des émotions difficiles qui les rendront tristes, démotivés ou qui les feront pleurer, mais cela ne devrait pas persister. Dans la majorité des situations, il s'agit de réponses adaptatives à une situation désolante, blessante ou traumatisante. La tristesse, tout comme la colère ou toute autre émotion, est

normale. Il faut plutôt observer ce que le jeune fait avec cette émotion (est-ce qu'il pleure et ensuite vaque à ses activités habituelles en étant de bonne humeur, ou reste-t-il plutôt léthargique et triste pendant plusieurs jours?), comment cela affecte son bien-être général ainsi que son fonctionnement, et pendant combien de temps. Ce mal de vivre devrait être transitoire.

Certes, les intérêts du jeune et sa façon d'interagir avec ses parents ou ses frères et sœurs changeront souvent avec la venue de l'adolescence, mais les symptômes d'une dépression sont bien différents et affectent différentes sphères de vie.

On parle de dépression quand la personne présente soit : 1) une humeur dépressive ou irritable; 2) une perte d'intérêt ou de plaisir; ou les deux. De plus, ces états doivent être présents presque toute la journée et presque tous les jours pendant au moins deux semaines et être accompagnés de divers symptômes tels que des perturbations du sommeil, une perte ou un gain de poids significatif, des changements relatifs à l'appétit, une agitation ou un ralentissement psychomoteur quasi quotidien observé par les autres, de la fatigue, un sentiment de culpabilité ou de dévalorisation excessif, des difficultés de concentration, ou des idées récurrentes en lien avec la mort. Ces symptômes doivent entraîner une détresse importante ou avoir un impact négatif sur le fonctionnement (p. ex. social ou scolaire).

Il s'agit d'un aperçu des critères diagnostiques du DSM-5-TR³⁴, un manuel souvent utilisé pour diagnostiquer les troubles de santé mentale.

Troubles alimentaires

Malheureusement, les troubles alimentaires ont fait plus de ravages chez nos jeunes ces dernières années. Voici un survol des principaux types de troubles alimentaires.

- Les jeunes souffrant d'**anorexie mentale** restreignent leur apport alimentaire en raison d'une peur extrême de grossir, combinée à une perception altérée de leur poids et de leur apparence. Cela entraîne une perte pondérale importante qui est dangereuse, voire parfois mortelle.
- Certaines personnes souffrent d'**anorexie atypique**, c'est-à-dire qu'elles perdent beaucoup de poids, mais qu'elles demeurent dans une zone pondérale considérée comme acceptable pour leur taille. Ce type de trouble alimentaire passe souvent inaperçu et peut même être vu positivement par l'entourage. Pourtant, il y aurait autant de problèmes associés à l'anorexie atypique qu'à l'anorexie mentale, notamment la bradycardie (un rythme cardiaque anormalement lent), les problèmes psychiatriques ou les idéations suicidaires³⁵. Le niveau de détresse lié à l'alimentation et à l'image corporelle serait même plus élevé dans les cas d'anorexie atypique³⁶.
- La **boulimie** consiste à manger de très grandes quantités de nourriture en ayant une impression de perte de contrôle, puis à utiliser des moyens compensatoires pour éliminer les calories, par exemple la prise de laxatifs, les vomissements provoqués, l'exercice excessif, le jeûne, etc.
- L'**hyperphagie** (ou accès hyperphagiques) consiste à ingérer une quantité excessive de nourriture rapidement, mais sans comportement compensatoire.

Chez les jeunes Américains de moins de 18 ans, on a constaté une augmentation de 90,3% des visites médicales relatives à des troubles alimentaires entre 2019 et 2022³⁷.

En France, on estime qu'environ 1 personne sur 10 souffre d'un trouble des conduites alimentaires, dont l'anorexie, la boulimie et l'hyperphagie boulimique³⁸. L'anorexie serait particulièrement répandue chez les adolescentes, notamment chez les 13-14 ans et les 16-17 ans.

Au Québec, le nombre de jeunes de 12 à 17 ans ayant reçu un diagnostic de trouble des conduites alimentaires a triplé dans les 12 dernières années (entre 2010-2011 et 2022-2023)³⁹. Une augmentation des demandes d'aide en lien avec des problèmes des conduites alimentaires a aussi été rapportée. En 2023, l'organisme de soutien Anorexie et boulimie Québec (ANEB) a vu les demandes augmenter de 40 % comparativement à la période prépandémique⁴⁰.

Enfin, une vaste étude regroupant les résultats de recherches menées dans 16 pays a démontré que 22 % des enfants et adolescents présentaient des signes d'un problème en lien avec leurs conduites alimentaires. Ces données ont été compilées à partir d'un outil de dépistage nommé le SCOFF questionnaire⁴¹. Les auteurs, qui jugent que ces résultats sont inquiétants d'un point de vue de santé publique, mentionnent que des efforts de prévention sont à déployer pour endiguer cette vague. Ce que je soutiens totalement.

Automutilation

L'automutilation consiste à s'infliger des blessures, mais sans avoir l'intention de s'enlever la vie. Les comportements d'automutilation englobent le fait de se couper, de se brûler, de se frapper, et plus encore. Ils peuvent évidemment être très inquiétants et déstabilisants pour les parents et les membres de l'entourage. Ces derniers peuvent remarquer des marques sur le corps du jeune, des cicatrices, des égratignures ou des ecchymoses, par exemple.

Pour le jeune, ce peut être une façon de gérer son stress ou ses émotions douloureuses, de se punir, de communiquer sa douleur ou d'éprouver des sensations. En effet, certains jeunes en viennent à se détacher de leurs émotions et à moins ressentir les sensations provenant de leur corps. Certains se décrivent comme engourdis ou déconnectés. Cet état de détachement reflète souvent une très grande souffrance, dont ils essaient tant bien que mal de s'éloigner. Se blesser serait une façon pour eux de ressentir quelque chose à nouveau, de se sentir vivants en quelque sorte.

Une méta-analyse, combinant des résultats provenant de 41 pays, a rapporté que la raison la plus fréquente de s'automutiler était de se soulager de certaines pensées ou émotions⁴². Selon cette même source, la moitié des jeunes avaient parlé de leurs comportements automutilatoires à une autre personne. La plupart du temps, il s'agissait d'un ami. De plus, les idéations suicidaires ainsi que les tentatives de suicide étaient plus fréquentes chez les adolescents qui s'automutilaient. Certains facteurs semblent associés à des comportements automutilatoires plus sévères : être de sexe féminin, être un enfant unique et vivre dans une famille monoparentale⁴³.

Cette pratique, de plus en plus répandue, représente un enjeu mondial de santé publique⁴⁴. La prévalence est estimée entre 16,9 % et 23,45 % chez les adolescents^{45,46,47}, en se basant sur plus de 40 pays dans le monde. Regrettablement, ces chiffres semblent être en augmentation. Par exemple, en Suède, des chercheurs ont démontré que le pourcentage d'adolescents qui s'automutilent est passé de 17,2 % en 2011 à 27,26 % en 2020-2021⁴⁸. Une hausse marquée qui illustre à quel point les adolescents vivent une grande détresse et manquent de moyens pour l'apaiser.

Tentatives de suicide

Une tentative de suicide est un geste extrêmement sérieux, qui exprime une grande souffrance et le besoin de soins appropriés, tant pour le jeune que pour sa famille.

Il importe de distinguer la tentative de suicide des idéations suicidaires. Dans le second cas, la personne envisage de s'enlever la vie, mais sans passer à l'acte. En fait, les conduites suicidaires se situent sur un continuum et varient en intensité. À une extrémité, le jeune peut penser à la mort de temps en temps, sans avoir l'intention de tenter de mettre fin à ses jours. Plus loin, il peut penser à la mort plusieurs fois par jour. Ensuite, il peut planifier comment, quand et où s'enlever la vie. À la fin du continuum, il peut tenter de le faire. Certains jeunes resteront à un point du continuum sans que leur état se détériore,

d'autres passeront d'un état à l'autre en plusieurs semaines, et d'autres encore verront l'intensité de leurs conduites suicidaires progresser en quelques heures.

Au Québec, depuis un peu plus de 10 ans, le taux d'hospitalisations pour une tentative de suicide a triplé pour les jeunes filles de 10 à 14 ans⁴⁹. Il a également connu une nette augmentation chez les adolescentes de 15 à 19 ans⁵⁰. Heureusement, le taux de suicide n'a pas augmenté.

Dans le cadre d'une enquête téléphonique menée auprès de 25 319 adultes en France, 30,1 % des femmes ont rapporté avoir fait une tentative de suicide lorsqu'elles avaient entre 15 et 19 ans⁵¹. Cet échantillon était considéré comme représentatif de la population française.

Les personnes ayant déjà tenté de s'enlever la vie ont 19 fois plus de risques d'être hospitalisées à nouveau en raison d'une tentative de suicide que celles qui n'ont pas d'antécédents suicidaires⁵². De plus, elles présentent un risque presque 13 fois plus élevé de décéder d'un suicide cinq ans plus tard. Il est donc absolument essentiel de traiter les raisons sous-jacentes à leur souffrance afin que leur mal de vivre s'estompe, que leur existence devienne plus satisfaisante et que le suicide ne soit plus une option.

Avec l'ensemble de ces manifestations comportementales extrêmement sérieuses, nos jeunes nous envoient un message clair sur l'état de leur santé psychologique. Un inquiétant signal de fumée qui ne saurait être ignoré.

Comment expliquer cette montée de détresse chez les jeunes ?

Comme plusieurs, vous vous demandez probablement pourquoi la prévalence et la sévérité des difficultés psychologiques ont tant augmenté chez les jeunes. Les raisons derrière cette augmentation ne sont pas encore totalement comprises et des recherches supplémentaires sont nécessaires pour y arriver. Je présenterai tout de même certaines hypothèses.

Mais d'abord, il est important de comprendre que, souvent, chez un même jeune, plusieurs facteurs contribuent à la détérioration de son état psychologique. En outre, il est essentiel de considérer les aspects biologiques, psychologiques et sociaux (biopsychosociaux) et leurs interactions pour en arriver à une compréhension des éléments en cause.

J'entends parfois des gens dire que les données concernant l'augmentation des enjeux de santé mentale chez les jeunes s'expliquent par le fait qu'ils demandent plus d'aide et non pas parce qu'ils sont plus souffrants. Peut-être qu'une partie de l'augmentation est attribuable à cela, mais en aucun cas les données présentées dans ce chapitre ne pourraient résulter simplement du fait que les jeunes consultent davantage. Pensons aux données provenant de questionnaires administrés dans les classes, dans lesquels il n'y a pas d'aide demandée, ou aux données objectives comme une perte de poids majeure ou des cicatrices d'automutilation qu'un professionnel de la santé constate lors d'une visite médicale. Des études montrent aussi que certaines problématiques sont plus sévères, comme c'est le cas pour l'anorexie. De plus, les professionnels qui sont en contact direct avec les jeunes sont également unanimes à ce sujet ; davantage d'entre eux semblent présenter des enjeux de santé mentale, et ils en sont souvent affectés plus sévèrement qu'il y a quelques années.

Se pourrait-il que certaines personnes soient déstabilisées par ces constats, ce qui les conduirait à les minimiser ? Le déni peut nous déculpabiliser momentanément, mais n'aidera pas nos jeunes.

Un corps et un cerveau en ébullition

L'adolescence est une période de grands changements sur le plan biologique (hormonal, physique, neurologique, etc.). Ces bouleversements, combinés aux épreuves ou aux situations stressantes qui surviennent pendant cette période, peuvent saturer les capacités d'adaptation et devenir la goutte qui fait déborder le vase. Pour certaines personnes, d'un point de vue biologique, des prédispositions génétiques (p. ex. anxiété) joueront également un rôle.

Une autre information à garder en tête concerne le développement du cerveau. Le cortex préfrontal est une région cérébrale qui est sous-développée chez les adolescents. Ce détail est loin d'être anodin, puisque celle-ci permet notamment de coordonner des informations qui proviennent d'autres régions du cerveau, de réguler les comportements et de prendre des décisions en considérant les conséquences. Cette zone du cerveau soutient entre autres le jugement, la régulation des émotions, la résolution de problèmes, la planification, le contrôle des impulsions, le raisonnement, la flexibilité cognitive, c'est-à-dire la capacité à nous ajuster rapidement selon les contextes et les informations que nous recevons ainsi qu'à adapter notre comportement selon les règles et conventions sociales.

Cependant, la région du cerveau qui permet notamment de reconnaître et de ressentir les émotions, appelée le système limbique, se développe avant le cortex préfrontal. Il en résulte un déséquilibre : les jeunes ressentent beaucoup d'émotions, souvent vives, mais ils n'ont pas encore les freins nécessaires, fournis par le cortex préfrontal, pour contrôler la suite des choses. Ainsi, les adolescents vivent des émotions complexes et intenses, mais il est difficile pour eux de les apaiser et de contrôler leurs réactions face à ces dernières.

Les lobes préfrontaux, qui aident à ne pas se laisser totalement envahir par les émotions et à agir d'une façon appropriée, n'atteindront leur maturité que vers l'âge de 25 ans. Il s'agit de la dernière région du cerveau à se développer. C'est en partie ce qui explique pourquoi les adolescents seront plus enclins à prendre des risques et à agir de façon impulsive. Cette réalité neurophysiologique contribue également au fait qu'ils sont plus à risque de vivre des difficultés psychologiques. Elle laisse aussi à penser que les professionnels devraient rester prudents quant à certains diagnostics posés durant l'adolescence, notamment ceux liés aux troubles de la personnalité.

Les aspects psychologiques et sociétaux

Les particularités biologiques et hormonales associées à la puberté ne datent pas d'hier. Elles ne peuvent pas expliquer la soudaine montée

en flèche de la détresse psychologique chez les jeunes. Il faut donc également regarder du côté des facteurs psychologiques et sociaux qui, ces dernières années, ont pu contribuer à une détérioration de leur santé mentale.

Par exemple, les éléments suivants peuvent être en cause :

- le stress et la perte de repères engendrés par la pandémie (p. ex. arrêt de la fréquentation scolaire usuelle, isolement, diminution des interactions sociales) ;
- l'exposition de plus en plus fréquente et à un jeune âge aux réseaux sociaux ;
- les difficultés de sommeil ;
- le stress ambiant lié à la réussite scolaire et à la performance ;
- une société qui exige d'aller de plus en plus vite, d'entrer dans un moule prédéfini, et la pression qui en découle ;
- l'effritement du tissu social et l'isolement dû à une diminution des activités en personne, en faveur d'activités se déroulant en virtuel (p. ex. jeux vidéo en ligne) ;
- la santé mentale des parents et des amis, qui subit aussi un déclin ;
- une tendance à la surprotection parentale.

N'oublions pas également plusieurs facteurs sociopolitiques (augmentation du coût de la vie et insécurité économique, instabilité sociopolitique, guerres, polarisation, catastrophes naturelles, etc.) qui entraînent chez des jeunes un sentiment d'incertitude face à l'avenir, ce qui en retour risque d'affecter leur équilibre psychologique. Par exemple, en raison de l'augmentation du coût de la vie, certains jeunes qui aimeraient quitter un milieu familial difficile n'y arrivent pas. D'autres ressentent et absorbent le stress de leurs parents en lien avec leurs difficultés à payer le loyer ou l'hypothèque, la nourriture, etc. Il arrive également que des jeunes m'avouent la culpabilité qu'ils ressentent par rapport aux frais associés à leur sport favori ou à leur scolarisation.

J'expliquerai plus en détail, au chapitre 5, comment certains de ces éléments contribuent à augmenter la détresse psychologique de nos jeunes.

Plusieurs difficultés chez un même jeune

Il est important de garder en tête que, souvent, les jeunes présentent simultanément plusieurs problèmes de santé mentale et que l'intensité de chacun d'eux peut fluctuer dans le temps. À titre d'exemple, presque trois enfants sur quatre souffrant de dépression présentent aussi de l'anxiété⁵³. De plus, environ 38 % des personnes qui souffrent d'anorexie nerveuse et 45 % de celles souffrant d'anorexie atypique sont également touchées par d'autres troubles psychiatriques⁵⁴.

Cela complexifie le rôle des parents, des professeurs et des autres personnes qui tentent de les aider, ainsi que l'évaluation et les traitements offerts par les professionnels impliqués. En outre, un enjeu qu'on croyait prioritaire (p. ex. anxiété) peut devenir moins important parce que le jeune développe un autre trouble qui exige une attention plus immédiate (p. ex. trouble alimentaire ou dépression sévère). Par contre, si on travaille en psychothérapie sur les enjeux sous-jacents aux symptômes, ces variations ont moins d'impacts.

Les instances gouvernementales tentent parfois de simplifier les enjeux de santé mentale en créant des programmes spécifiques, axés sur un problème unique (p. ex. programme pour les troubles anxieux ou pour les troubles dépressifs). Cependant, cette façon de faire peut limiter l'efficacité des interventions en les concentrant sur un seul aspect, alors que toutes les difficultés psychologiques et les forces d'une personne sont liées. Il s'agit d'un humain qui souffre dans sa singularité et non pas de symptômes qui doivent être éradiqués. Voici un exemple qui illustre concrètement comment les problèmes de santé mentale peuvent évoluer et coexister chez une même personne.

L'HISTOIRE DE SOPHIE

Des problématiques changeantes qui s'accumulent

À 11 ans, Sophie souffrait d'anxiété de performance. Elle avait d'excellentes notes à l'école, mais présentait une peur bleue d'obtenir des notes inférieures aux standards élevés qu'elle s'était fixés ou, encore pire, d'échouer. L'anxiété lui causait des maux de ventre importants, parfois accompagnés de vomissements les matins d'évaluations. Pendant ses examens, elle avait souvent des attaques de panique ou des « trous de mémoire » qui la faisaient oublier tout ce qu'elle savait. Pour cette raison, l'école avait accepté de lui accorder du temps supplémentaire pour ses tests.

Au début de son suivi en psychologie, ses parents m'ont expliqué que Sophie mangeait peu et qu'elle avait perdu beaucoup de poids. Je leur ai recommandé de consulter un médecin, notamment pour quantifier la perte pondérale de leur fille et s'assurer de la stabilité de ses signes vitaux. Lors des rencontres suivantes, Sophie devenait un peu plus distante et niait vouloir perdre du poids, ce qui est typique des jeunes qui développent un trouble alimentaire.

Lorsque le diagnostic d'anorexie a été officiellement posé, ce trouble est devenu la priorité à travailler. Une équipe interprofessionnelle s'est créée autour de Sophie et de sa famille, y compris des rencontres avec une nutritionniste, un suivi médical, une psychothérapie familiale et la poursuite des consultations individuelles en psychologie. Le parcours de Sophie n'a été ni linéaire ni simple. Elle a été hospitalisée lorsque ses signes vitaux sont devenus trop instables. Le trouble alimentaire avait beaucoup d'emprise sur sa vie. Il a même poussé la jeune fille à s'enfuir de l'hôpital lors d'une de ses hospitalisations. Une petite partie d'elle savait qu'elle avait besoin d'aide, mais cette partie devait mûrir pour que Sophie puisse aller mieux.

Après plusieurs mois de travail et d'embûches en tous genres, Sophie a commencé à admettre qu'elle souffrait d'anorexie. Son chemin vers la guérison a alors pu se poursuivre d'une façon plus paisible. Elle est peu à peu arrivée à prendre le dessus sur son trouble alimentaire. Mais lorsque l'anorexie a été mieux maîtrisée, Sophie s'est sentie très déprimée et sans motivation pour quoi que ce soit.

La prise d'antidépresseurs a été nécessaire pour que la jeune fille puisse continuer à fonctionner et à progresser en psychothérapie. Par la suite, elle s'est confiée au sujet d'un traumatisme vécu lorsqu'elle était plus jeune. Un travail de fond en psychologie a alors été amorcé et lui a permis d'accepter certaines parties d'elle-même et de son histoire, et de se rétablir. À la fin de son suivi, elle m'a remerciée de ne pas l'avoir laissée tomber lorsque son trouble alimentaire la poussait à refuser l'aide offerte.

L'histoire de Sophie illustre à quel point les difficultés de santé mentale sont souvent multiples chez une même personne et comment elles peuvent évoluer dans le temps. C'est pourquoi les interventions et les traitements doivent, eux aussi, évoluer et s'adapter en conséquence.

Par exemple, on voit fréquemment une humeur dépressive apparaître et se joindre à l'anxiété. Certains jeunes m'expliquent spontanément qu'ils sont épuisés à force de s'inquiéter pour tout. Ils ont parfois réussi à camoufler l'ampleur de leurs symptômes d'anxiété, mais la dépression devient plus apparente pour l'entourage. Ils font parfois face à un stress supplémentaire en lien avec la crainte d'être jugés par leurs amis ou même leur famille en raison de leur dépression.

TABLE DES MATIÈRES

Préface	7
Avant-propos	11
Introduction	13
Une question de santé et de société	15
Chaque situation est unique	16
Une lecture qui porte à réflexion	17
 Chapitre 1. Comment se porte la santé mentale des jeunes?	21
Des problématiques de plus en plus fréquentes	22
<i>Anxiété</i>	22
<i>Dépression</i>	25
<i>Troubles alimentaires</i>	27
<i>Automutilation</i>	29
<i>Tentatives de suicide</i>	30
Comment expliquer cette montée de détresse chez les jeunes?	31
<i>Un corps et un cerveau en ébullition</i>	32
<i>Les aspects psychologiques et sociétaux</i>	33
Plusieurs difficultés chez un même jeune	35
Les réactions de l'entourage	38
Des fils invisibles entre les membres d'une famille	39

Un effet domino	41
Une aide souvent obtenue à retardement	42
Des services insuffisants.	43

Chapitre 2. Une hausse fulgurante de la prise d'antidépresseurs

(et d'autres médicaments)	45
Des substances fréquemment prescrites.	47
Un mot sur la médication liée à un possible TDAH	48
Plus de prescriptions pour certains groupes d'enfants	51
Pris entre l'arbre et l'écorce	52
Effets secondaires possibles des antidépresseurs	53
<i>Que faut-il surveiller ?</i>	<i>55</i>
<i>Y a-t-il des effets secondaires à long terme sur le cerveau</i> <i>et le corps ?</i>	<i>57</i>
Comment aider le jeune à décider s'il doit commencer ou non la prise d'antidépresseurs?	58
<i>Quelles informations ont été données par le médecin ?</i>	<i>59</i>
Quand et comment arrêter de prendre des antidépresseurs? . .	59
Rechute ou symptôme de sevrage?	62

Chapitre 3. La médication ne règle pas tout.

Difficultés dans les relations interpersonnelles.	66
<i>Inégalité dans les relations sociales</i>	<i>67</i>
<i>Intimidation</i>	<i>67</i>
<i>L'adolescence : une période charnière.</i>	<i>69</i>
Absentéisme scolaire	69
Tolérance à la détresse	70
Deuils et transitions de vie.	71
Troubles d'apprentissage	72
Faible estime de soi	73

Chapitre 4. Bien cerner le problème

Une démarche à mener avec sérieux.	79
Un diagnostic est-il toujours nécessaire?	81

Se poser les bonnes questions	84
Un travail d'équipe	85
Quand la médication devient nécessaire	86
Chapitre 5. Ce qui se cache sous la détresse	87
Historique de traumatismes	87
Perturbations du sommeil	93
Vie familiale	96
Problèmes de santé chez un membre de la famille	100
Santé mentale fragile d'un des parents	103
Problèmes de santé mentale chez les amis	104
Surprotection parentale	104
Comportements à risque	105
Réseaux sociaux	106
Effets persistants de la pandémie	106
Chapitre 6. Aide professionnelle en renfort	109
Psychothérapie	109
Services de gestion de crise et d'accompagnement	112
Médication	113
Comment identifier les meilleures interventions?	114
Pourquoi est-ce important d'intervenir rapidement?	118
Que faire si mon enfant ne veut pas consulter?	125
La crainte de se montrer vulnérable	129
Chapitre 7. Des conseils pour aider les jeunes	131
Tolérer la détresse et valider les émotions	133
Favoriser l'autocompassion	134
Ne pas insister pour qu'ils parlent	134
Se concentrer sur ce que le jeune vit	135
Demander au jeune comment on peut l'aider	136
Éviter les comparaisons et les « Tu as tout pour bien aller »	137
Garder en tête que chaque jeune est différent	138
Éviter la surprotection	139

<i>Identifier les comportements de surprotection</i>	141
<i>Trouver l'équilibre entre une trop grande permissivité et une trop grande autorité</i>	142
Diminuer la pression en lien avec la performance scolaire et l'avenir	144
Réparer les faux pas.	145
Encourager l'activité physique	146
Limitier l'exposition aux réseaux sociaux et aux écrans	147
<i>Quel pouvoir avons-nous comme adultes ?</i>	149
Favoriser un bon sommeil	150
Encourager l'altruisme.	153
Proposer d'écrire un journal intime	153
 Chapitre 8. Différentes problématiques, différentes stratégies . . .	155
Comment aider un jeune anxieux?	155
Comment aider un jeune déprimé?	157
Comment accompagner un jeune suicidaire?	158
Comment aider un jeune qui a une faible estime de soi?	159
Comment aider un jeune qui vit un deuil?	160
Comment aider un jeune qui s'automutile?	161
Comment aider un jeune qui souffre d'anorexie?	163
Est-ce le rôle du parent de «sauver» son enfant?	164
 Chapitre 9. Dire adieu au positivisme toxique	165
Des lunettes roses	166
Le glacier	167
Envahi par les émotions.	168
Est-ce que toutes les émotions ont leur utilité?	169
Chaque émotion envoie un message distinct.	170
<i>La peur</i>	171
<i>La colère</i>	171
<i>La tristesse</i>	171
<i>La joie.</i>	172
<i>Le dégoût.</i>	172

<i>L'ennui</i>	172
<i>La culpabilité</i>	173
<i>La honte</i>	174
Accepter les émotions « négatives »	174
Le rôle des valeurs	175
L'impact des modèles	175
Que faire de la culpabilité parentale?	176
<i>Comment les jeunes réagissent-ils à la culpabilité de leurs parents?</i>	177
<i>De l'impuissance à l'acceptation d'un nouveau rôle</i>	178
Conclusion	179
Repenser le système	182
Cessons de chercher une baguette magique	184
Références	187
Remerciements	209