

SECTEUR DE LA PASTORALE DES JEUNES SALESIENS

LA SANTÉ MENTALE DES JEUNES : RECONNAÎTRE POUR INTERVENIR

GUIDE POUR LES ÉDUCATEURS



**LA SANTÉ MENTALE DES JEUNES :
RECONNAÎTRE POUR INTERVENIR**

GUIDE POUR LES ÉDUCATEURS

Image de la couverture

Un jeune ou un adolescent, dont l'âge et le sexe restent un peu vagues, de manière à inclure toutes les phases de la vie et tous les individus.

D'un côté, il y a des taches, des éraflures, des bougies, des couleurs décolorées, qui illustrent les multiples troubles et pathologies que nous pouvons rencontrer tout au long de notre vie.

De l'autre côté, il y a un oiseau merveilleux qui représente le compagnon, une figure largement reconnue dans de nombreuses cultures.

Il peut aussi être perçu comme le Saint-Esprit, ou mieux encore comme le Père qui, par l'intermédiaire de l'Esprit, nous guide vers ceux qui requièrent notre assistance. Ainsi, les notes de musique, à l'image d'une mélodie chantée, semblant être de petits mots chuchotés à l'oreille de Don Bosco, cherchent à aider et à imprégner la carapace des défis pour atteindre l'essence même de chaque jeune.

Les ailes de l'oiseau s'ouvrent et se dirigent vers le sang, symbolisant ainsi ce lien avec Dieu (l'infinité du Créateur). Le diamant qui réside dans le cœur de chaque jeune évoque la façon dont, malgré toute la destruction, le bouleversement, la dépression, etc., il existe un cœur qui brille, cette pierre précieuse que nous portons tous en nous, notre diamant intérieur.

Propriété réservée au Secteur pour la Pastorale des Jeunes, SDB
Salésiens de Don Bosco - Siège Central
Via Marsala, 42 00185 Rome

© Salesiens de Don Bosco
© 2025

Conception graphique, photocomposition, impression : Graphic Art 6 srl - Rome
Illustration de la couverture : Javier Carabaño

SECTEUR DE LA PASTORALE DES JEUNES SALESIENS

**LA SANTÉ MENTALE DES JEUNES :
RECONNAÎTRE POUR INTERVENIR
GUIDE POUR LES ÉDUCATEURS**



Coordinateurs du projet :

Antonella Sinagoga

Miguel Ángel García Morcuende, SDB

*Un remerciement particulier aux experts qui ont collaboré
(par ordre alphabétique) :*

Claudia Chiavarino (IUSTO)

Anna Rita Colasanti (UPS – Rome)

Alessandro Iannini (UPS – Rome)

Stefano Tognacci, sdb (UPS – Rome)





Sommaire

Présentation	13
--------------------	----

CHAPITRE 1

LA STIGMATISATION DE LA SANTÉ MENTALE

1.1 Comment reconnaître la stigmatisation de la santé mentale?.....	17
• La stigmatisation sociale persiste encore dans de nombreuses cultures ...	17
• La discrimination, conséquence de la stigmatisation	18
1.2 Les principaux mythes et fausses croyances sur la santé mentale	20
1.3 Comment accompagner la stigmatisation dans le contexte éducatif? .	22

CHAPITRE 2

LES TROUBLES DE L'ANXIÉTÉ SOCIALE

2.1 Comment reconnaître les troubles de l'anxiété sociale?	25
• Je sens que tout le monde me regarde, je me sens comme un poisson hors de l'eau	25
• Les symptômes de l'anxiété sociale	26
• Prévalence	27
2.2 La typologie des troubles de l'anxiété sociale	28
• Les différents visages de l'anxiété sociale	28
• Les causes de l'anxiété sociale	29
2.3 Les signaux d'alarme de l'anxiété sociale	31
2.4 Les principaux mythes et fausses croyances sur l'anxiété sociale	32
2.5 Comment accompagner l'anxiété sociale dans le contexte éducatif? ...	33
• Une approche systématique, empathique et personnalisée	33
• Les techniques pour travailler en profondeur sur les différents aspects liés à l'anxiété sociale	33

CHAPITRE 3
LA DÉPRESSION CHEZ LES JEUNES

3.1 Comment reconnaître la dépression?	39
• Écrasés par un profond sentiment de vide	39
• Les symptômes de la dépression	40
• Prévalence	41
3.2 La typologie des troubles dépressifs	41
• Les différents visages de la dépression	41
• Les causes de la dépression	43
3.3 Les signaux d'alerte de la dépression	44
3.4 Les principaux mythes et les fausses croyances sur la dépression	47
3.5 Comment accompagner la dépression dans un contexte éducatif?	48
• Une attention particulière à la prévention primaire	48
• Les techniques pour travailler en profondeur sur les différents aspects liés à la dépression	50

CHAPITRE 4
LES TROUBLES LIÉS AUX SYMPTÔMES SOMATIQUES

4.1 Comment reconnaître les troubles somatiques?	53
• Quand le corps parle	53
• Les symptômes des troubles psychosomatiques	54
• Prévalence	55
4.2 Les causes contribuant aux troubles somatiques	56
4.3 Les signes avant-coureurs des symptômes somatiques	58
4.4 Les principaux mythes et fausses croyances concernant les somatiques	59
4.5 Comment accompagner les symptômes somatiques le contexte éducatif ?	60
• Une approche très prudente, sensible et multidisciplinaire	60
• Les techniques de travail en profondeur sur différents aspects concernant les troubles somatiques et la dysmorphie corporelle	61

CHAPITRE 5
LES TROUBLES ALIMENTAIRES

5.1 Comment reconnaître les troubles de l'alimentation?	67
• Je suis malade mais il est difficile de l'admettre	67
• Les symptômes des troubles de l'alimentation	68
• Prévalence	69
5.2 Les différents types de troubles alimentaires	69
• Les différents visages des troubles alimentaires	69
• Les causes des troubles de l'alimentation.....	72
5.3 Les signes avant-coureurs des troubles de l'alimentation	73
5.4 Les principaux mythes et fausses croyances sur les troubles de l'alimentation	74
5.5 Comment intervenir sur les troubles de l'alimentation dans un domaine éducatif?	76
• Les principaux domaines et facteurs sur lesquels il faut travailler	77
• Les techniques pour travailler en profondeur sur différents aspects liés aux troubles alimentaires	81

CHAPITRE 6
LES DÉPENDANCES COMPORTEMENTALES

6.1 Comment reconnaître les dépendances comportementales?	87
• Toute addiction cache une grande insatisfaction	87
• Prévalence	89
6.2 La typologie des dépendances comportementales	89
• Les différents visages des dépendances comportementales	89
• Les causes des dépendances	92
6.3 Les signes avant-coureurs des dépendances comportementales	93
6.4 Les principaux mythes et fausses croyances sur les dépendances comportementales	95
6.5 Comment accompagner les troubles du comportement dans le contexte éducatif?	96
• Les interventions éducatives et de soutien pour développer les compétences sociales et comportementales	96
• Les stratégies de travail préventif sur les différents aspects liés aux dépendances	98

CHAPITRE 7
LA PSYCHOSE

7.1 Comment reconnaître une psychose?	103
• Un sentiment étrange, comme si quelque chose venait de l'intérieur	103
• Les symptômes de la psychose	104
• Prévalence	105
7.2 La typologie de la psychose	105
• Les différents visages de la psychose	105
• Les causes de la psychose.....	107
7.3 Les signes avant-coureurs de la psychose	108
7.4 Les principaux mythes et fausses croyances sur la psychose	109
7.5 Comment intervenir sur la psychose dans un contexte éducatif?	111
• Une intervention éducative efficace : empathie, écoute active et soutien émotionnel	111
• Les méthodes d'approfondissement des différents aspects de la psychose..	113

CHAPITRE 8
L'AUTOMUTILATION

8.1 Comment reconnaître l'automutilation ?	117
• Les coupures comme un appel à l'aide pour communiquer les douleurs de l'âme	117
• Les symptômes du comportement d'automutilation.....	119
• Prévalence	120
8.2 Les différents types de comportements autolesionnistes	121
• Les différents visages des comportements autolésionnistes	121
• Les causes de l'automutilation	122
8.3 Les signes avant-coureurs du comportement autodestructeur	124
8.4 Les principaux mythes et fausses croyances concernant les comportements d'automutilation	125
8.5 Comment accompagner les comportements d'automutilation dans le cadre de l'éducation à la santé ?	127
• L'importance de promouvoir la résilience chez les adolescents.....	127

CHAPITRE 9

LE SUICIDE

9.1 Le suicide. Admettre qu'il s'agit d'un grave problème	131
• Le suicide est un choix privé et le problème de tout le monde.....	131
• Les symptômes du suicide	132
• Prévalence	132
9.2 Les causes du suicide	133
9.3 Les signes avant-coureurs du suicide	134
9.4 Les principaux mythes et fausses croyances sur le suicide	135
9.5 Comment soutenir les idées suicidaires dans le contexte éducatif?	136
• Encourager le développement des compétences socio-émotionnelles et la création d'espaces sécurisés	136
• Les méthodes concrètes pour aborder en détail les différents aspects du suicide	137

CHAPITRE 10

LE HARCÈLEMENT

10.1 Comment reconnaître le harcèlement moral?	141
• L'intimidation est une manifestation de violence	141
• Les acteurs impliqués dans des situations de harcèlement	142
• Les manifestations du harcèlement	144
• Prévalence	145
10.2 Les causes du harcèlement	146
10.3 Les signes avant-coureurs du harcèlement	148
10.4 Les principaux mythes et fausses croyances sur le harcèlement	149
10.5 Comment soutenir le harcèlement au sein du contexte éducatif?	150
• Les facteurs de protection qui peuvent prévenir l'apparition du harcèlement	150
• Les techniques pour travailler en profondeur sur différents aspects du harcèlement	153
Conclusions	165
Bibliographie	167





Présentation

[1] Le passage de l'adolescence à l'âge adulte représente un moment crucial de changement biopsychosocial. C'est un moment où les facteurs environnementaux, y compris les dynamiques familiales, les amitiés et les interactions sociales, la négligence ou la maltraitance, l'éducation et l'emploi, peuvent avoir des effets puissants et durables sur le bien-être et le développement d'un jeune. Si, au cours des dernières décennies, d'importants progrès pour la santé physique des jeunes ont été enregistrés à l'échelle mondiale, grâce surtout aux améliorations dans la lutte contre les maladies infectieuses, la tendance inverse est vraie en ce qui concerne la santé mentale.

Nous savons que dans le monde entier, on estime que 10 à 20% des adolescents souffrent de problèmes de santé mentale **qui, cependant, ne sont pas correctement diagnostiqués et traités**. Les signes de troubles mentaux peuvent être négligés pour un certain nombre de raisons, comme le manque de connaissances ou de sensibilisation générale à la santé mentale, y compris de la part des éducateurs, ou des professionnels du social, ou bien la stigmatisation qui empêche de demander de l'aide.

Quelques données statistiques :

- On estime qu'en 2016, 62.000 adolescents sont décédés des suites de l'automutilation.
- Le suicide est la troisième cause de décès chez les adolescents les plus âgés (15-19 ans).
- Près de 90 % des adolescents dans le monde vivent dans des pays à faible revenu ou moyen. Plus de 90% des suicides surviennent chez les adolescents de ces pays.
- Chaque année, environ 800.000 personnes meurent par suicide, la deuxième cause de décès chez les jeunes de 15 à 29 ans. (OPAS/OMS¹, 2024).

Mais les jeunes disposent-ils de suffisamment d'espaces et d'outils sûrs pour pouvoir aborder ces sujets à l'école, dans les centres de jeunesse, dans les associations, dans les œuvres sociales, dans les universités, là où ils vivent la plupart de leurs expériences ?

¹ Qu'est-ce que l'OMS et que fait-elle ? L'Organisation mondiale de la santé (OMS) est l'autorité chargée de la gestion et de la coordination du secteur de la santé au sein du système des Nations Unies. Son objectif est de faire en sorte que tous les êtres humains puissent jouir du meilleur état de santé possible.

[2] Les jeunes et les adolescents souffrant de problèmes de santé mentale sont **particulièrement vulnérables à l'exclusion sociale**, c'est-à-dire à la discrimination, aux difficultés d'apprentissage, aux comportements à risque, aux problèmes de santé physique et aux violations des droits de l'homme.

Aujourd'hui, la stigmatisation qui entoure ce sujet est forte. La stigmatisation de la santé mentale continue à être une question en suspens dans la société et aussi dans les contextes éducatifs, où il est nécessaire de promouvoir une vision sans stigmatisation et d'intégrer le bien-être émotionnel de manière transversale. Les adolescents et les jeunes ont besoin d'un espace sûr où ils peuvent parler de santé mentale et demander de l'aide quand ils en ont besoin. En fait, avec ce guide, nous voulons **briser le silence qui entoure la santé mentale, en défiant les préjugés et en favorisant la prise de conscience et l'accompagnement éducatif**.

L'identification précoce et l'accompagnement/traitement opportun seront donc extrêmement urgents. Nous pourrions littéralement changer le cours de la vie d'une personne. Un développement sain de la petite enfance influence fortement le bien-être psycho-physique de la personne, permettant ainsi de développer et de mettre en œuvre des compétences à la fois cognitives et sociales tout au long de la vie.²

[3] Les écoles, les associations et les groupes sont bien plus que de simples lieux d'apprentissage. Ce sont des environnements de croissance, de relations et, souvent, le premier espace où se manifestent les signes de détresse psychologique chez les jeunes. Pour la pédagogie salésienne, la croissance intégrale des jeunes, y compris leur santé mentale, est aussi essentielle que le développement de leur personnalité, pour leur bien-être que pour leur santé physique. **Une bonne éducation fournit des bases solides même pour ceux qui constitue les principaux facteurs de protection de leur bien-être**; des habitudes saines, des relations sociales positives, la capacité à relever les défis de la vie etc.

Cette contribution n'est rien d'autre qu'un GUIDE POUR LES ÉDUCATEURS qui met en avant l'importance de la promotion **du bien-être dans les contextes éducatifs**. Le point de contact est le contexte qui peut être considéré comme un environnement habité non seulement par des enfants, des jeunes, mais aussi par des personnes consacrées, des éducateurs, des travailleurs, des parents, des grands-parents, figures significatives qui apportent avec elles des enseignements, des connaissances, des va-

² L'adolescence (de 10 à 19 ans) est une période unique qui prépare les jeunes à l'âge adulte. Bien que la plupart des adolescents bénéficient d'une bonne santé mentale, de multiples changements physiques, émotionnels et sociaux, y compris l'exposition à la pauvreté, aux abus ou à la violence peuvent rendre les adolescents vulnérables aux troubles de santé mentale. Promouvoir le bien-être psychologique et protéger les adolescents contre les expériences défavorables et les facteurs de risque susceptibles de compromettre leur potentiel de croissance est essentiel non seulement pour leur bien-être, mais aussi pour leur santé physique et mentale à l'âge adulte ». (Organisation Mondiale de la Santé, 2024).

leurs et surtout des émotions. Promouvoir une perspective globale en favorisant une collaboration entre les différentes figures significatives qui accompagnent les jeunes dans leur propre développement, permet de co-construire non seulement de nouvelles connaissances, mais aussi de nouveaux contextes éducatifs.

La promotion de la santé doit être considérée comme l'un des aspects prioritaires et indispensables dans toutes les réalités et dans tous les contextes. Mais qu'entend-on par santé ? Le concept de santé comprend non seulement la simple absence de maladie, mais « un état de complet bien-être physique, social et mental » (Organisation mondiale de la santé, 1948).³

La promotion de la santé, tant dans sa **dimension personnelle, physique, spirituelle et mentale** – ne concerne en effet pas uniquement le secteur de la santé, mais aussi toutes les interventions, les installations, les actions et services visant à aider les jeunes à prendre conscience de leur propre état de santé. Cet exercice est indispensable pour réussir avec succès son propre projet de vie et la joie de vivre.

Concevoir des interventions éducatives, les appliquer en mettant en place des stratégies, vérifier le travail effectué et le remanier, se fixer de nouveaux objectifs et «ajuster son tir» : telles sont les actions de l'éducateur, rendues complexes (mais pourquoi pas, aussi intéressantes) par le fait que le matériel de travail n'est pas inerte mais qu'il possède une vie propre, une propre capacité de réflexion et de décision. En bref, **éduquer le monde des jeunes pour une santé responsable**. C'est pourquoi, dans la première partie de tout trouble ou phénomène l'accent sera concentré sur la RECONNAISSANCE et la deuxième partie sur l'ACCOMPAGNEMENT dans le contexte éducatif.

Nous mettons donc à votre disposition ce matériel qui pourra vous aider à lire les situations, à détecter les signaux d'alarme, puis planifier les actions et les interventions.

Don Miguel Angel García Morcuende

*Conseiller pour la Pastorale des Jeunes
Salésiens de Don Bosco*

³ Bien que cette définition ait joué un rôle important dans la formulation d'une vision de la santé et, dans certains cas, de politiques de santé prenant en compte les facteurs sociaux, relationnels et psychologiques, politiques de santé, elle fait aujourd'hui l'objet de critiques croissantes de plus en plus critiquée. En 2011, par exemple, une nouvelle définition a été proposée par Huber et ses collègues : « La santé est la capacité d'adaptation et d'autogestion face aux défis sociaux, physiques et émotionnels ». Plusieurs auteurs considèrent qu'il est utile de dépasser l'idée d'un état de santé idéal (inatteignable pour beaucoup) en mettant l'accent sur le processus d'adaptation positive au contexte et d'autorégulation. L'idée novatrice est celle de définir la santé en termes dynamiques, comme « la capacité d'adaptation et d'autogestion de sa propre santé ». Cette définition est basée sur la capacité à faire face aux adversités et à maintenir et restaurer sa propre santé. Cette définition repose sur la capacité à faire face à l'adversité, à maintenir et à rétablir son propre équilibre et son propre sentiment de bien-être. Si une personne est capable de développer des stratégies de lutte efficaces, la qualité de vie perçue ne sera pas détériorée, même en cas d'altération du fonctionnement physique et mental.





CHAPITRE

1

La stigmatisation de la santé mentale

1.1

COMMENT RECONNAÎTRE LA STIGMATISATION DE LA SANTÉ MENTALE?

La stigmatisation sociale persiste encore dans de nombreuses cultures

D'un point de vue éducatif, nous devons mettre en évidence les processus éducatifs comme la meilleure stratégie pour prévenir le bien-être mental. Malheureusement, lorsqu'une personne a des difficultés dans ce domaine. Cela crée une stigmatisation qui va de pair avec la discrimination.

Le terme « stigmaté » vient du grec et signifie marque, tache. Si nous transposons cette définition au niveau sociologique, le processus de stigmatisation est **l'ensemble des attitudes et des croyances erronées**. (stéréotypes et préjugés) qui **discréditent ou rejettent** (discrimination) une personne ou un groupe social parce qu'ils sont considérés comme différents, en les dévalorisant et en entraînant des conséquences importantes sur la façon dont ils se perçoivent eux-mêmes (auto-stigmatisation).

Dans la sphère sanitaire et sociale, le processus de stigmatisation a été utilisé pour signaler négativement une condition socioculturelle, fonctionnelle, physique ou mentale, un trait ou un comportement, ainsi que la race, l'ethnie, l'âge, le sexe, l'identité sexuelle, la nationalité, le croyance ou la religion.

Lorsque nous parlons de stigmatisation en santé mentale, nous nous référons à l'**attribution de qualités négatives et désobligeantes envers le groupe de personnes** ayant un problème. Avec cette identification négative, ces personnes sont perçues socialement à travers une série de croyances, de mythes et de préjugés fondés sur un manque d'information et sur l'ignorance⁴. Ces croyances ont évolué au fil des années et, bien souvent, elles ne sont pas remises en cause car elles font partie de l'imaginaire collectif.

Mais il est important de comprendre que nous connaissons tous, à un moment ou à un autre de notre vie, une détresse émotionnelle qui peut conduire à un trouble de santé mentale. Selon l'Organisation mondiale de la santé, **une personne sur quatre dans le monde** connaîtra un problème de santé mentale au cours de sa propre vie, et la moitié d'entre elles ne chercheront pas à obtenir une aide professionnelle, précisément à cause de la stigmatisation.

La discrimination, conséquence de la stigmatisation

[1] L'attribution de caractéristiques et de traits négatifs aux personnes ayant des problèmes de santé mentale, influence l'attitude que nous avons à leur égard, la façon dont nous nous comportons et nous interagissons avec elles. En effet, la relation entre les conceptions des personnes ayant des problèmes de santé mentale (stéréotypes), l'attitude que nous adoptons à leur égard (préjugés) et la traduction de ces idées en actions et en comportements négatifs (discrimination) suit un modèle de rétroaction circulaire. Ainsi, les comportements discriminatoires envers les personnes atteintes de troubles de santé mentale alimentent et renforcent les stéréotypes existants.

Cette discrimination systématique constitue l'un des principaux obstacles au rétablissement, au bien-être et, en fin de compte, à la réalisation d'une vie pleine et normale pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale.

La stigmatisation en santé mentale provoque une multitude de situations discriminatoires qui entravent le développement familial, social, professionnel ou éducatif de millions de personnes souffrant de troubles mentaux. Nous pensons pouvoir affirmer que les deux réponses que nous adoptons vis-à-vis des personnes souffrant de problèmes de santé mentale sont :

⁴ La stigmatisation est un phénomène social qui comporte trois dimensions : **les stéréotypes** : des croyances partagées par la société, des hypothèses collectives sur un groupe qui sont utilisées pour le catégoriser. Parmi les plus répandus, ceux qui sont associés aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale, incluent des caractéristiques telles que l'incompétence, la culpabilité, la dangerosité et l'imprévisibilité ; **les préjugés** : ils se manifestent lorsqu'une personne est d'accord avec les stéréotypes qu'elle a appris. Il s'agit donc de réponses cognitives et affectives aux stéréotypes qui conduisent à la discrimination et à des comportements hostiles ; **la discrimination** : des comportements négatifs dirigés contre le groupe social stigmatisé. Elle survient lorsqu'il y a une distance sociale entre un « eux » et un « nous », où les mêmes critères d'évaluation entre les personnes ne sont pas appliqués, générant ainsi des situations injustes et discriminatoires.

- **La peur** : il s'agit probablement de la conséquence la plus immédiate des stéréotypes attribués aux personnes atteintes d'un trouble de santé mentale. Cette attitude de peur influence la manière dont nous nous rapportons à elles. Une peur motivée par l'ignorance, mais aussi par la peur de développer un trouble de santé mentale, de percevoir l'autre comme l'autre face du miroir, son propre soi potentiel.
- **La maltraitance** : l'une des formes les plus courantes de discrimination est la maltraitance ou le traitement négatif des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale. Cette maltraitance peut être physique, mais elle se manifeste également par l'utilisation d'un langage discriminatoire et des attitudes d'évitement, de rejet, de condescendance, d'hyperprotection et de contrôle (le contrôle et surtout l'hyperprotection doivent peut-être être davantage différenciés, parce qu'ils ont une connotation différente, parfois même positive, mais aussi inappropriée, tandis que les autres se présentent comme des comportements nettement négatifs).

[2] La stigmatisation dans le domaine de la santé mentale représente **un problème mondial** qui entraîne une multitude de situations discriminatoires qui entravent le développement familial, social, professionnel ou éducatif de millions de personnes atteintes de troubles mentaux.

La peur d'être étiqueté comme souffrant d'un problème de santé mentale réduit également la probabilité que les personnes cherchent un traitement. La stigmatisation associée à la santé mentale dévalorise socialement la personne ainsi que sa contribution qu'elle offre en tant que membre de la société à laquelle elle appartient. En effet, presque toutes les personnes atteintes d'un problème de santé mentale affirment que la stigmatisation et la discrimination les affectent négativement.

Pour être précis, les personnes confrontées à la stigmatisation et à la discrimination sont plus susceptibles de vivre les situations suivantes :

- Réticence à chercher un traitement.
- Retard dans l'accès au traitement.
- Rejet, aliénation et isolement social.
- Altération du bien-être mental.
- Manque de compréhension de la part des amis, de la famille et des éducateurs.
- Harcèlement, violence ou intimidation.
- Baisse de la qualité de vie et augmentation du fardeau socio-économique.
- Diminution des opportunités de rétablissement et d'intégration sociale.

De plus, la stigmatisation de la santé mentale est souvent associée à d'**autres stéréotypes sociaux** liés à des facteurs tels que l'âge, le genre, l'origine ethnique ou d'autres situations économiques et sociales défavorables. Cela entraîne un double stigmate pour ces personnes, rendant leur développement social et personnel encore plus difficile.

LES PRINCIPAUX MYTHES ET FAUSSES CROYANCES SUR LA SANTÉ MENTALE

La culture populaire, l'industrie audiovisuelle et les médias ont favorisé, au fil des décennies, la stigmatisation et la perpétuation des stéréotypes négatifs associés aux personnes atteintes de troubles mentaux. En d'autres termes, **il existe plusieurs mythes qui accompagnent la santé mentale qui sont perpétrés dans différents contextes éducatifs, sociaux et culturels.**

La plupart de ces mythes sont loin de la réalité et n'ont aucune base scientifique. Les stéréotypes – hérités de génération en génération – persistent dans notre société. Certaines de ces fausses croyances qui contribuent à la stigmatisation et à la discrimination sont :

Les personnes atteintes d'un trouble mental sont violentes et agressives. FAUX

Les personnes ayant un problème de santé mentale ont la même probabilité de commettre des actes de violence que toute autre personne sans problème de santé mentale. Au contraire, elles sont souvent victimes de violences et d'autres crimes en raison de leur propre vulnérabilité.

Les personnes atteintes d'un trouble mental sont des personnes socialement inadaptées. FAUX

Les personnes souffrant d'un trouble de santé mentale ne sont pas des personnes isolées, enfermées dans leur propre monde, qui ne montrent pas d'intérêt pour leur propre environnement social et qui maintiennent une attitude de retrait et d'isolement social. Au contraire, le fait d'avoir un bon réseau social (professionnel, familial, amis, partenaires, ...) facilite une meilleure évolution et constitue un facteur de protection contre les rechutes. Les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale peuvent parfaitement vivre dans la société, si elles ont le soutien et les ressources nécessaires pour mener une vie indépendante et autonome.

Les troubles de la santé mentale sont irréversibles. FAUX

Des études montrent que les personnes souffrant de problèmes de santé mentale s'améliorent et que beaucoup d'entre elles guérissent complètement. Le rétablissement est le processus grâce auquel elles sont capables de vivre, de travailler et de participer pleinement à la vie en communauté.

Les personnes ayant un problème de santé mentale ne peuvent pas travailler. FAUX

Les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale peuvent travailler, comme tout le monde, si elles bénéficient des conditions et du soutien nécessaires. Les obstacles à l'emploi ne sont pas dû tant au désordre lui-même, qu'au manque d'adaptabilité des organisations, de la société, des administrations pour adapter les lieux de travail et fournir les ressources nécessaires à l'épanouissement professionnel.

Les troubles de la santé mentale touchent certaines personnes, mais cela ne m'arrivera pas. FAUX

Les troubles de santé mentale peuvent toucher n'importe qui, indépendamment de l'âge, du genre, de la culture ou du statut économique. Une personne sur quatre présentera un trouble mental au cours de sa vie.

Les personnes souffrant de troubles mentaux se portent mieux dans les cliniques psychiatriques. FAUX

Plus de 80 % des personnes ayant des problèmes de santé mentale vivent dans leur milieu familial. Souffrir d'un trouble de santé mentale ne doit pas empêcher une vie normale et doit être soigné dans l'environnement habituel de la personne. Le traitement basé sur la communauté s'est avéré être un traitement efficace. À l'heure actuelle, à quelques exceptions près, les hôpitaux de santé mentale sont reconnus comme des espaces de confinement temporaire pour les épisodes aigus (ceux qui sont les plus ou moins connus sont les soins de santé primaires). Les personnes traitées dans leur propre communauté ont une meilleure évolution et une amélioration de la qualité de la vie plus durable dans le temps.

Les enfants et les adolescents ne souffrent pas de troubles de santé mentale. FAUX

Les jeunes enfants peuvent montrer des signes précoces de problèmes de santé mentale. Ces problèmes peuvent être cliniquement identifiés et peuvent être le produit de l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux (parfois familiaux...).

Les troubles mentaux entraînent une déficience intellectuelle. FAUX

Un trouble mental ne cause pas et ne constitue pas une déficience intellectuelle. Ce sont deux choses différentes. Une personne atteinte d'un trouble mental ne doit pas toujours posséder des capacités ou des compétences cognitives compromises.

Les personnes qui ont un problème de santé mentale sont paresseuses. FAUX

Développer un problème de santé mentale n'a rien à voir avec la paresse ou le manque de force. L'apparition d'un trouble mental est multifactorielle : facteurs biologiques, expériences de vie traumatisantes, environnement socio-économique défavorable, etc.

Nous ne pouvons pas aider les personnes qui souffrent d'un trouble de santé mentale. FAUX

La société dans son ensemble a la responsabilité de prévenir les problèmes de santé mentale, de promouvoir la santé et de fournir le soutien et les ressources nécessaires pour que les personnes souffrant d'un trouble de santé mentale, puissent vivre pleinement leur propre vie. De plus, lorsqu'une personne a un problème de santé mentale, le milieu environnant joue un rôle crucial pour identifier les signes d'alerte et pour mieux accompagner la personne malade dans les différentes phases de cette maladie.

Le trouble définit tout comportement de la personne. FAUX

Toutes les attitudes et les comportements d'une personne ne sont pas des symptômes de son trouble et le trouble n'est pas l'explication absolue de tout. En d'autres termes, la personne atteinte d'un trouble de santé mentale existe indépendamment de son trouble. Si nous analysons son comportement comme un symptôme du trouble, la personne a tendance à perdre sa propre légitimité pour exprimer ses propres émotions ou ses propres opinions. Cette pathologisation peut entraîner un mépris et une stigmatisation, rendant difficile pour la personne de se faire entendre et de recevoir un soutien approprié. Une autre croyance répandue c'est qu'il faut se comporter, de manière spécifique et particulière avec les personnes qui ont ce genre de trouble, et donc, ne sachant généralement pas comment faire, les personnes ont tendance à éviter les interactions.

1.3

COMMENT ACCOMPAGNER LA STIGMATISATION DANS LE CONTEXTE EDUCATIF?

[1] L'éducation est l'un des domaines les plus importants dans la construction de toute société, mais la santé mentale reste une question en suspens dans les établissements d'enseignement, les groupes ou les associations, **où il est nécessaire de promouvoir une vision de la santé mentale libérée des préjugés**, en encourageant les enfants, les adolescents et les jeunes à s'exprimer et à demander de l'aide lorsqu'ils en ont besoin.

75% des troubles mentaux commencent à l'adolescence, avant l'âge de 18 ans, mais malgré cela, certaines personnes souffrant de problèmes de santé mentale continuent à faire l'objet d'un traitement **discriminatoire dans les centres éducatifs de la part des éducateurs et de leurs pairs** : l'évitement ou le rejet, l'hyperprotection ou le contrôle, la moquerie, le dénigrement ou le ridicule sont quelques expressions courantes face à des comportements différents.

[2] **Les programmes visant à combattre la stigmatisation dans les écoles, les centres éducatifs, les associations et les groupes devraient suivre une stratégie axée sur les points suivants :**

- Prévenir, identifier et combattre la stigmatisation et la discrimination en matière de santé mentale dès le plus jeune âge.
- Encourager les jeunes à demander de l'aide pour prévenir le développement ou la chronicisation des problèmes de santé mentale en intervenant de façon précoce pour éviter l'apparition de difficultés plus graves.

- Améliorer les attitudes et les comportements des jeunes et des éducateurs à l'égard des problèmes de santé mentale.
- Attirer l'attention et l'intérêt de la communauté éducative (jeunes, éducateurs parents) dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination des personnes souffrant de problèmes de santé mentale.
- Améliorer la résilience des jeunes.

[3] Pour éliminer les tabous et les préjugés qui existent sur la santé mentale, **la première chose à faire est de parler de santé mentale d'une manière normalisée et quotidienne.** Comment ?

- En rappelant que les problèmes de santé mentale ne sont ni étranges ni isolés, mais qu'ils sont plus courants qu'il n'y paraît.
- En favorisant de l'empathie envers les personnes ayant un problème de santé mentale.
- En aidant les jeunes à découvrir directement l'expérience des personnes ayant reçu un diagnostic de santé mentale et à collaborer avec les organisations de santé mentale locales.
- En respectant et en encourageant les jeunes qui souhaitent parler publiquement de leur santé mentale et reconnaître leur propre courage face au groupe.
- Offrir un espace pour exprimer les émotions qui peuvent surgir en classe, ou dans les différents groupes et associations.





CHAPITRE

2

Le trouble d'anxiété sociale

2.1

COMMENT RECONNAÎTRE LES TROUBLES DE L'ANXIÉTÉ SOCIALE?

Je sens que tout le monde me regarde, je me sens comme un poisson hors de l'eau

Qu'est-ce qu'un trouble anxieux et quels sont les types de troubles les plus fréquents chez les jeunes ? Quels sont les signaux d'alarme, les facteurs de risque et les facteurs de protection ? Comment l'anxiété peut-elle être gérée et quel soutien est nécessaire ?

Le trouble de l'anxiété est un trouble invalidant caractérisé par **une réaction de peur, d'inquiétude disproportionnée ou chronique** par rapport à des événements de la vie quotidienne, qui altère le fonctionnement normal de la personne. L'anxiété est une réponse naturelle et utile dans certaines situations de danger ou de stress, mais dans le trouble de l'anxiété, elle devient **persistante, excessive et injustifiable par rapport à la situation réelle**.

Il existe différents types de troubles d'anxiété, notamment **le trouble d'anxiété généralisée (TAG), le trouble de panique, les phobies spécifiques** et, en particulier, **le trouble de l'anxiété sociale** (ou phobie sociale). Ce dernier est un type spécifique de trouble caractérisé par une peur intense et persistante des situations sociales ou

de performance dans lesquelles la personne craint d'être observée, jugée ou critiquée par les autres. Cette réaction ne concerne pas seulement le fait d'être timide ou introverti. Il s'agit d'un trouble qui peut interférer de manière significative avec la vie quotidienne, conduisant ainsi la personne à éviter même les situations sociales courantes.

Les symptômes de l'anxiété sociale

[1] Les symptômes de l'anxiété sociale, ou trouble de l'anxiété sociale, sont décrits de façon spécifique dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*⁵. Il s'agit d'une « peur ou une anxiété marquée ou intense, de situations sociales dans lesquelles la personne peut être observée par d'autres personnes ». Les principaux critères diagnostiques sont les suivants :

- La peur marquée et persistante d'une ou plusieurs situations sociales ou de performance dans lesquelles la personne est exposée au jugement possible des autres.
- La personne craint d'agir de telle manière ou de manifester des symptômes d'anxiété qui seront perçus négativement.
- Les situations sociales redoutées provoquent presque invariablement peur ou anxiété.
- Les situations sociales redoutées sont évitées ou endurées avec une peur ou une anxiété intenses.
- La peur ou l'anxiété sont disproportionnées par rapport à la menace réelle représentée par la situation sociale ou le contexte socioculturel.
- La peur, l'anxiété et l'évitement sont persistants et durent généralement 6 mois ou plus.
- Ils provoquent une détresse cliniquement significative et une altération du fonctionnement dans différents domaines.

[2] Les symptômes de l'anxiété sociale peuvent être divisés en plusieurs catégories, comprenant les symptômes cognitifs, comportementaux et physiques.

Les personnes souffrant d'anxiété sociale présentent souvent des symptômes cognitifs, c'est-à-dire des pensées négatives et des distorsions cognitives à propos d'elles-mêmes et des situations sociales. Ces pensées peuvent inclure :

- **La peur du jugement.** Une inquiétude constante d'être évalué négativement par les autres, peut conduire à éviter que toute interaction puisse se terminer dans la crainte de l'embarras ou du rejet.

⁵ American Psychiatric Association (2023). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)*. American Psychiatric Publishing. Ce manuel, qui en est à sa cinquième édition, fournit des critères diagnostiques clairs pour identifier le trouble, aidant les professionnels de la santé mentale à évaluer et à diagnostiquer les personnes présentant de tels symptômes.

- **La catastrophisation.** L'idée qu'une petite critique puisse se transformer en un événement catastrophique, entraînant des conséquences dévastatrices dans la vie sociale ou professionnelle.
- **La perception** déformée des situations sociales : une attention excessive aux détails tels que le comportement ou l'expression des autres, qui nourrit l'anxiété.

En ce qui concerne **les symptômes comportementaux**, le comportement des personnes atteintes d'anxiété sociale peut être influencé par leur propre peur. Certains comportements courants incluent :

- **L'évitement.** Les personnes peuvent éviter les événements sociaux, les situations de groupe ou tout contexte dans lequel elles pourraient être exposées au jugement des autres. Cela peut se manifester par une absence de participation aux fêtes, aux retraites sociales ou même sur les lieux de travail.
- **Les comportements de sécurité.** même lorsque les situations sociales ne peuvent pas être évitées, les personnes peuvent adopter des comportements de sécurité, comme parler de manière monosyllabique, éviter le contact visuel ou rester silencieux pour réduire le risque d'embarras.

Enfin, **les symptômes physiques** de l'anxiété sociale sont souvent très intenses et peuvent se manifester de différentes manières. Ces symptômes peuvent inclure :

- **Les symptômes autonomes.** Tachycardie, transpiration excessive, tremblements, nausées, sécheresse de la bouche, difficultés respiratoires et sensation d'évanouissement ou de vertiges. Ces symptômes physiques peuvent amplifier la peur et l'anxiété, créant ainsi un cercle vicieux.
- **Les réactions physiologiques.** La personne peut remarquer une réponse physique intense à chaque fois qu'elle se trouve dans une situation sociale, contribuant ainsi à la conviction que l'anxiété est insupportable.

Prévalence

[1] Au cours des dix dernières années, le trouble d'anxiété sociale a fait l'objet d'une attention croissante de la part de la recherche, notamment en ce qui concerne **sa prévalence chez les jeunes**. En particulier, dans les tranches d'âge de l'adolescence et du début de l'âge adulte, il a été documenté dans de nombreuses études. Les estimations varient, mais il est généralement observé que ce trouble affecte environ 7 à 13 % des jeunes, avec une tendance à la hausse ces dernières années. Cette hausse pourrait être attribuée à une plus grande sensibilisation et à une réduction de la stigmatisation associée aux troubles mentaux, ce qui a conduit davantage de personnes à chercher de l'aide et à recevoir un diagnostic.

L'un des aspects les plus intéressants du trouble d'anxiété sociale concerne sa **distribution entre hommes et femmes**. La recherche indique que les femmes ont tendance à présenter des taux plus élevés d'anxiété sociale que les hommes.

Dans de nombreuses études, le rapport de prévalence varie de 2:1 à 3:1 en faveur des femmes. Cela pourrait être dû à différents facteurs, notamment biologiques, psychologiques et socioculturels. Les femmes peuvent être plus enclines à exprimer et à reconnaître leurs sentiments d'anxiété, tandis que les hommes pourraient manifester leur anxiété de manière différente, comme l'agressivité ou l'évitement.

2.2

LA TYPOLOGIE DES TROUBLES DE L'ANXIÉTÉ SOCIALE

Les différents visages de l'anxiété sociale

[1] Les troubles de l'anxiété sociale peuvent se manifester sous différentes formes, et les plus courantes comprennent les quatre suivantes :

- *Le trouble d'anxiété sociale* (phobie sociale) se manifeste par une peur excessive des situations sociales, souvent liée à la crainte d'être jugé ou humilié. Les personnes concernées peuvent éviter des événements comme des fêtes, des réunions de travail ou même de simples interactions quotidiennes. De plus, ce dernier peut se manifester également dans des situations de performance, et nuire en provoquant une souffrance, comme s'exprimer en public, ou dans des contextes plus informels, comme manger en compagnie.
- *L'anxiété sociale généralisée* correspond à une forme plus répandue d'anxiété. Une personne éprouve de l'anxiété dans presque toutes les situations sociales, sans se limiter à des événements spécifiques.
- *Avec le trouble panique vis-à-vis de certaines situations sociales ou de performance*, certaines personnes peuvent avoir des attaques de panique dans certaines situations sociales, rendant ainsi la peur du jugement d'autrui encore plus intense. La peur d'avoir une attaque de panique peut conduire aussi à éviter certaines activités sociales.
- Même si elles ne sont pas considérées directement comme des troubles d'anxiété sociale, les phobies spécifiques, telles que la peur de s'exprimer en public (glossophobie), peuvent se chevaucher avec le trouble d'anxiété sociale.

[2] Enfin, disons un dernier mot sur le **phénomène de retrait social des jeunes, le phénomène Hikikomori**.

Le terme « Hikikomori » fait référence à un phénomène social originaire du Japon, où des personnes, souvent des adolescents et des jeunes adultes, **s'isolent complètement de la société pendant des périodes prolongées**, parfois des mois ou des années.

Ce comportement de retrait social extrême des jeunes est souvent associé à

- **L'isolement social.** De nombreux hikikomori montrent des signes d'anxiété sociale, trouvant ainsi extrêmement difficile de faire face à des activités sociales ou au monde extérieur.
- **Les pressions scolaires et professionnelles.** Dans les systèmes culturels sous haute pression comme celle du Japon, les personnes peuvent se couper du monde par peur d'échouer ou de ne pas répondre aux attentes.
- **Les facteurs familiaux.** Les dynamiques familiales, telle qu'une attitude trop protectrice ou trop critique, peuvent contribuer à l'isolement critique. Certains hikikomori peuvent également manifester des conflits familiaux.

L'isolement extrême entraîne un certain nombre de conséquences négatives, notamment :

- **Des problèmes de santé mentale.** L'isolement peut intensifier l'anxiété et la dépression, créant ainsi un cercle vicieux dont il est difficile de sortir.
- **Une altération du fonctionnement social et professionnel.** Les jeunes hikikomori peuvent perdre des opportunités éducatives et professionnelles, ce qui rend plus difficile leur propre réinsertion dans la société.
- **Des difficultés relationnelles.** Le repli sur soi peut entraîner un appauvrissement des compétences sociales, rendant la socialisation future encore plus difficile.

Les causes de l'anxiété sociale

Les causes de l'anxiété sociale sont complexes et multifactorielles, influencées par une combinaison de facteurs génétiques, psychologiques, environnementaux et sociaux. Il est essentiel de comprendre ces causes pour développer des stratégies d'intervention et de soutien efficaces.

[1] Tout d'abord, **les facteurs génétiques** jouent un rôle important dans la prédisposition d'une personne à développer une anxiété sociale. Des études sur les jumeaux et des recherches sur les familles ont montré qu'il existe une composante héréditaire associée aux troubles anxieux. Si un membre de la famille proche, tel qu'un parent ou un frère, souffre d'anxiété sociale, une personne est plus susceptible de développer des problèmes similaires. Cependant, la génétique ne détermine pas à elle seule le trouble; elle interagit avec d'autres facteurs.

[2] D'un point de vue psychologique, les expériences personnelles et la façon dont une personne interprète et réagit aux situations sociales sont cruciales. Les personnes souffrant d'anxiété sociale ont tendance à développer des pensées négatives automatiques sur la façon dont elles sont perçues par les autres. Ces pensées peuvent inclure la conviction d'être jugé négativement, d'être ridiculisé ou de ne pas être à la

hauteur des attentes sociales. De telles croyances déformées peuvent trouver leur origine dans des expériences de vie passées, comme des épisodes d'humiliation ou de rejet, conduisant à une vulnérabilité accrue à l'anxiété sociale. La perception d'événements sociaux perçus comme menaçants ou dangereux alimente le cycle de l'anxiété, ce qui rend les interactions sociales de plus en plus difficiles à gérer.

[3] Un autre facteur clé est la **dynamique familiale** et l'environnement de croissance. Les familles dans lesquelles il y a un degré élevé de contrôle, de critique ou d'attentes irréalistes peuvent contribuer au développement de l'anxiété sociale. Un environnement familial dans lequel le perfectionnisme est récompensé ou dans lequel les émotions sont minimisées peut conduire un jeune à intérioriser la peur du jugement et de l'échec. De plus, les expériences d'intimidation ou d'exclusion sociale pendant l'enfance et l'adolescence peuvent avoir un impact durable, créant ainsi une base pour l'anxiété sociale. Les personnes qui ont subi des brimades peuvent développer une sensibilité aiguë au rejet et une tendance à éviter les situations sociales pour se protéger d'éventuelles expériences douloureuses.

[4] **L'influence des pairs** constitue un autre élément important. Pendant l'adolescence, le groupe des pairs devient essentiel pour la formation de l'identité et de l'estime de soi. La pression sociale peut intensifier l'anxiété sociale, en particulier dans les contextes où les compétences sociales, les performances scolaires ou la popularité apparente constituent des facteurs déterminants. Les attentes et les normes sociales qui émergent dans ces contextes peuvent contribuer à une augmentation de la peur d'être jugé ou exclu, aggravant les symptômes de l'anxiété.

[5] **Les variables culturelles et sociales** jouent également un rôle important. Dans certaines cultures, où l'importance de l'approbation sociale est accentuée et l'échec est stigmatisé, les personnes peuvent développer une plus grande vulnérabilité à l'anxiété sociale. La mondialisation et l'utilisation des réseaux sociaux ont ajouté des complexités supplémentaires à ce phénomène, car l'exposition constante à des modèles de comportement idéalisés tend à augmenter la pression sur les jeunes, entraînant ainsi à la peur de ne pas répondre à ces standards.

[6] Enfin, **des facteurs biologiques** peuvent influencer la prédisposition à l'anxiété sociale. Les neurotransmetteurs, tels que la sérotonine et la dopamine, ont été associés à la régulation de l'humeur et de l'anxiété. Un déséquilibre dans ces systèmes chimiques peut contribuer au développement de symptômes d'anxiété. En outre, le système nerveux autonome joue un rôle essentiel dans la réponse au stress et dans les réactions d'attaque ou de fuite, ce qui peut conduire à une réponse excessive dans des situations sociales.

Les signes avant-coureurs associés à l'anxiété sociale peuvent se manifester de différentes manières et à différents stades de la vie d'un individu. Il est essentiel de reconnaître ces signes pour identifier précocement le trouble et intervenir efficacement.

[1] L'un des principaux signaux d'alarme est **l'intensification de la peur dans les situations sociales**. Les personnes peuvent commencer à se sentir excessivement anxieuses ou nerveuses lorsqu'elles se trouvent dans des contextes sociaux, même ceux qui, auparavant, ne leur auraient causé aucun désagrément. Cette intensification peut se traduire par un souci constant lié au jugement des autres, entraînant des pensées catastrophiques sur ce qui pourrait se produire pendant les interactions sociales.

[2] Un autre signe significatif est **le comportement d'évitement**. Les personnes qui commencent à éviter les événements sociaux, comme les fêtes, les réunions ou de simples rencontres avec des amis et des membres de la famille, peuvent être à risque de développer une anxiété sociale. Ce comportement d'évitement peut se manifester de manière très évidente, comme par exemple refuser des invitations ou trouver des excuses pour ne pas participer à des situations qui étaient autrefois agréables. Avec le temps, cet isolement social peut s'intensifier, créant ainsi un cercle vicieux dans lequel la peur d'affronter des situations sociales augmente précisément à cause de cet évitement.

[3] De plus, il est important de considérer le changement dans les interactions sociales quotidiennes. Les signes avant-coureurs peuvent inclure **une augmentation de la timidité ou de l'insécurité** dans les situations qui nécessitent des interactions, comme parler avec des collègues ou participer à des discussions de groupe. Les personnes peuvent commencer à se sentir dépassées par des situations qu'elles géraient auparavant sans difficultés. Cette sensation de vulnérabilité peut être accompagnée de symptômes physiques, tels que des palpitations, des sueurs, ou des nausées, qui se manifestent en réponse à l'anxiété.

[4] Un aspect à ne pas sous-estimer, c'est l'histoire personnelle. Les expériences passées **d'humiliation ou de rejet social** peuvent constituer des signaux de risque significatif. Si une personne a été victime de harcèlement ou bien a vécu des situations où elle a été durement critiqué, elle pourra développer une plus grande sensibilité au jugement et à l'évaluation des autres. Ce passé d'expériences négatives peut influencer profondément sa propre perception et la façon dont elle traitera les situations sociales à venir.

[5] Enfin, la présence de facteurs de **stress environnementaux** peut augmenter le risque de développer une anxiété sociale. Les pressions scolaires, les dynamiques familiales complexes ou les situations de vie stressantes peuvent agir comme des dé-

clencheurs. Les personnes confrontées à des niveaux élevés de stress peuvent être plus enclins à développer de l'anxiété, en particulier dans les contextes où ils se sentent exposés au jugement des autres.

2.4

LES PRINCIPAUX MYTHES ET FAUSSES CROYANCES SUR L'ANXIÉTÉ SOCIALE

L'anxiété sociale n'est que timidité. FAUX

L'anxiété sociale est un trouble mental reconnu qui va au-delà de la timidité. Alors qu'une personne timide peut se sentir mal à l'aise dans certaines situations, les personnes souffrant d'anxiété sociale éprouvent une peur intense, de l'évitement et une gêne importante qui interfèrent avec la vie quotidienne.

Les personnes souffrant d'anxiété sociale ne veulent pas interagir avec les autres. FAUX

Les personnes souffrant d'anxiété sociale souhaitent souvent établir des relations et des contacts, mais la peur du jugement et la peur de faire des erreurs ou de paraître inadéquates les en empêche.

Il suffit de sortir de votre zone de confort pour surmonter l'anxiété sociale. FAUX

Même si faire face progressivement à vos propres peurs peut aider (thérapie d'exposition), l'anxiété sociale ne se surmonte pas simplement en se forçant. Une approche structurée est nécessaire, souvent avec l'aide d'un professionnel, pour gérer les symptômes et travailler sur les causes sous-jacentes.

Ceux qui souffrent d'anxiété sociale sont tout simplement trop sensibles. FAUX

L'anxiété sociale n'est pas un signe de faiblesse ou d'hypersensibilité, mais une condition complexe qui implique des facteurs génétiques, biologiques et environnementaux.

S'il ne semble pas nerveux, il ne souffre pas d'anxiété sociale. FAUX

Toutes les personnes souffrant d'anxiété sociale ne montrent pas de signes évidents de détresse. Beaucoup parviennent à masquer leurs propres symptômes, mais cela ne signifie pas qu'elles ne luttent pas intérieurement.

Ce n'est qu'une phase, elle passera avec le temps. FAUX

L'anxiété sociale a tendance à persister si elle n'est pas prise en charge. Une intervention précoce avec des thérapies appropriées augmentent les chances de la surmonter.

Une approche systématique, empathique et personnalisée

Pour soutenir les jeunes qui vivent avec des troubles de l'anxiété sociale, les éducateurs doivent développer une approche systématique, empathique et personnalisée basée sur des interventions visant à réduire l'anxiété, à promouvoir le développement de l'auto-efficacité sociale et à améliorer les compétences relationnelles.

Toute intervention éducative doit prendre en compte à la fois le niveau individuel et le niveau de groupe, pour créer un environnement favorable qui facilite l'expression des émotions et l'interaction sociale.



Les techniques pour travailler en profondeur sur les différents aspects liés à l'anxiété sociale

Voici quelques exemples pratiques d'actions éducatives spécifiques pour aider les jeunes souffrant de troubles de l'anxiété sociale. Il s'agit d'exercices pratiques, de questions à utiliser dans un forum de conversation et d'activités de groupe, visant à développer des compétences sociales et à améliorer la gestion de l'anxiété.

[1] Des exercices de conscience de soi et de réflexion

Le Journal des émotions. Demander aux jeunes de tenir un journal quotidien de leurs propres émotions, en notant les moments de la journée où ils se sont sentis mal à l'aise socialement. Ils doivent identifier la situation, le niveau d'anxiété ressenti et les pensées qui y sont associées. Cela permet de prendre conscience des situations qui déclenchent l'anxiété et des pensées qui l'accompagnent.

L'auto-évaluation des compétences sociales. Utiliser une liste de questions d'auto-évaluation pour réfléchir sur la façon dont ils perçoivent leurs propres compétences sociales. Voici quelques exemples de questions :

- « Dans quelles situations suis-je le plus mal à l'aise ? ».
- « Quelles sont les pensées qui me viennent à l'esprit avant une interaction sociale ? ».
- « Quelles sont les compétences sociales que vous aimeriez améliorer ? ».

Cet exercice permet d'identifier des domaines spécifiques de travail.

Un exercice sur les pensées alternatives. Après avoir identifié une pensée négative (« Tout le monde pense que je vais dire quelque chose de mal »), demander aux jeunes d'écrire des pensées alternatives plus positives ou neutres (« Je ne peux pas savoir ce que les autres pensent », « Je peux me tromper, mais cela arrive à tout le monde »). Cet exercice favorise une vision plus réaliste et plus souple des interactions sociales.

[2] Des questions pour un forum de conversation

L'exploration des difficultés sociales. « Quelles sont les situations sociales qui te rendent le plus anxieux ? Comment te sens-tu, lorsque tu es dans ces situations ? Comment te sens-tu lorsque tu es dans ces situations ? » et « Quelles stratégies as-tu utilisées pour faire face à ces situations ? Ont-elles été efficaces ? »

Les pensées et les émotions dans les interactions. « Lorsque tu es étes dans un groupe de personnes, que penses-tu de toi-même ? Qu'est-ce que les autres pensent de toi ? » Cette question encourage à partager des pensées négatives ou des peurs communes, ce qui aide les enfants à comprendre qu'ils ne sont pas seuls face à leurs craintes.

Le partage des réussites. « Il y a eu des moments où tu as réussi à bien gérer ton anxiété social ? Comment as-tu fait ? Qu'est-ce qui t'a aidé ? » Partager des réussites personnelles peut être très motivant et offrir des stratégies utiles.

Les objectifs d'amélioration. Quelles compétences souhaites-tu améliorer dans tes propres interactions sociales ? Qu'est-ce qui peut t'aider à te sentir plus en sécurité ? » Cette question aide les jeunes à identifier leurs propres objectifs et à voir le chemin d'amélioration comme réalisable.

[3] Des activités de jeu de rôle et de simulation

Les jeux de rôle dans des situations de la vie quotidienne. Vous devez proposer aux jeunes des situations spécifiques (demander des informations à un enseignant, parler à un nouveau camarade de classe, présenter un projet) et leur demander de faire un jeu de rôle en binômes ou en petits groupes. Après l'activité, discutez de ce qu'ils ont ressenti et de ce qui a été le plus difficile. l'activité, discutez de ce qu'ils ont ressenti et de ce qui a été le plus difficile, tout en offrant des retours d'information positifs sur chaque interaction.

Les jeux d'improvisation. Des activités telles que l'improvisation d'une conversation sur un sujet aléatoire peuvent aider à réduire l'anxiété sociale en permettant aux jeunes de vivre des situations inattendues dans un cadre sécurisé. Après chaque tour, vous devez analyser l'expérience et encourager leur propre capacité d'adaptation.

Les simulations de situations anxiogènes. Préparez une situation génératrice d'anxiété, comment s'exprimer en public, de manière progressive. Par exemple, les jeunes pourraient commencer par parler devant une seule personne, puis augmenter progressivement jusqu'à s'exprimer devant tout le groupe. À chaque étape réussie, ils pourraient recevoir un retour positif et discuter des progrès accomplis.

[4] Des exercices de pleine conscience et de relaxation

La respiration diaphragmatique. Avant chaque réunion de groupe, vous devez consacrer cinq minutes à la respiration diaphragmatique. Apprenez aux jeunes à inspirer lentement en comptant jusqu'à quatre, à maintenir leur souffle pendant deux secondes, puis à expirer lentement en comptant jusqu'à quatre. Cet exercice aide à se détendre et à réduire les niveaux d'anxiété.

La technique du balayage corporel. Vous devez diriger les jeunes dans un exercice de balayage du corps, en leur demandant de se concentrer sur chaque partie de leur corps et de se détendre progressivement. Cet exercice peut être pratiqué avant une situation anxiogène ou pendant des moments de tension pour favoriser le calme.

La visualisation positive. Vous devez proposer une visualisation d'une situation sociale idéale et sereine, en guidant les jeunes pour qu'ils imaginent une scène dans laquelle ils se sentent en sécurité et bienvenus. Vous devez encourager les jeunes à se remémorer cette image mentale dans les moments d'anxiété pour les aider à se recentrer.

[5] Des activités de groupe pour renforcer les compétences sociales

Collaborer sur un projet créatif. Vous devez diviser le groupe en petites équipes et leur proposer de travailler sur un projet commun, comme la création d'une fresque murale ou d'un collage sur un thème choisi ensemble. Collaborer sur ce type de projet aide à renforcer la confiance et la communication, tout en permettant aux jeunes de développer leurs propres compétences sociales dans un contexte détendu et informel.

Les jeux de confiance. Vous devez organiser des activités telles que « le cercle de confiance » ou le jeu « La chasse au trésor » dans lequel les participants doivent travailler ensemble pour atteindre un objectif. Ces jeux aident les jeunes à surmonter la peur du jugement et à développer leur sentiment d'appartenance au groupe.

Les discussions structurées sur des sujets d'intérêt. Vous devez organiser des discussions de groupe sur des sujets pertinents (musique, réseaux sociaux, sport). Chaque participant dispose d'un temps imparti pour s'exprimer sans être interrompu, favorisant ainsi une participation détendue et équitable. Après chaque intervention, les autres peuvent poser des questions ou exprimer leurs propres opinions, faisant de la discussion une occasion d'échange constructif et enrichissant.

Pour maintenir l'efficacité des interventions et personnaliser les actions éducatives aux besoins des jeunes, il est essentiel de se référer à **des outils spécifiques et à du matériel pédagogique**, tels que:

Des livres et des ressources d'auto-assistance. Des textes comme *Mind Over Mood* de Greenberger et Padesky ou *Come vincere l'ansia sociale* de Dayhoff peuvent être utilisés comme référence par les éducateurs et par les jeunes, en fournissant des techniques pratiques pour gérer l'anxiété en autonomie.

Des applications de méditation en pleine conscience. Des applications comme *Headspace* ou *Insight Timer* contiennent des programmes de méditation spécifiques pour les jeunes confrontés à l'anxiété sociale qui sont facilement intégrables dans la routine quotidienne.

Les supports d'impression et l'affichage. Vous devez créer ou télécharger des affiches et des infographies illustrant des techniques de respiration ou des conseils pour calmer l'anxiété. Elles peuvent être placées dans les salles de classe ou dans les espaces communs comme un rappel visuel pour les jeunes. Parmi les films proposés, citons

- « *Inside Out 2* » (2024) un film d'animation qui explore de manière accessible la gestion des émotions et des difficultés sociales, offrant une base pour stimuler les conversations entre les jeunes sur l'anxiété et l'émotivité.
- « *Wonder* » (2017), l'histoire d'un jeune homme atteint d'une maladie rare qui tente de s'intégrer dans un environnement scolaire ordinaire. Ce film aborde délicatement les problèmes de l'anxiété, de l'acceptation et du harcèlement scolaire avec sensibilité.
- « *Someday this pain will be useful to you* » (2011), un film qui suit un adolescent ayant des difficultés relationnelles et qui montre le chemin parcouru pour surmonter l'anxiété et l'aliénation sociale.

Les vidéos éducatives et les témoignages. Vous devez partager des vidéos relatant des expériences de jeunes qui ont réussi à surmonter leur propre anxiété sociale. Ces témoignages peuvent être utilisées pour créer des discussions et des moments de réflexion.

Les témoignages de groupe. Vous devez favoriser les rencontres avec des psychologues ou des thérapeutes expérimentés, ou avec des personnes, qui ont surmonté l'anxiété sociale. Ces échanges offrent aux jeunes des exemples positifs et concrets.

[6] Une thérapie par le Théâtre

La thérapie par le théâtre est une forme d'art-thérapie qui utilise le théâtre comme outil d'exploration personnelle, relationnelle et émotionnelle. Dans le cas de l'anxiété sociale, elle peut être particulièrement utile parce qu'elle offre un cadre protégé et structuré dans lequel il est possible d'expérimenter de nouvelles façons d'interagir, de gérer leurs propres émotions et de surmonter la peur du jugement des autres. Voici quelques avantages spécifiques :

- **Expression créative.** La pratique de la comédie permet d'explorer des aspects de soi qui peuvent être réprimés, améliorant ainsi l'image de soi, tout en favorisant un sentiment d'auto-efficacité.
- **Dépassement de la peur du jugement.** Le travail en groupe, accompagné de retours positifs et constructifs, contribue à réduire la peur d'être jugé négativement.
- **Amélioration de la communication verbale et non verbale.** Les exercices de théâtre se concentrent sur l'utilisation de la voix, du corps et des expressions, qui sont cruciales pour communiquer efficacement avec les autres.
- **Collaboration de groupe.** Les activités théâtrales sont souvent collectives, et encouragent le travail d'équipe et aident à établir des relations positives au sein du groupe.
- **Expérimentation des différents rôles.** En interprétant des personnages avec des caractéristiques différentes, les participants sortent de leurs schémas habituels et explorent de nouveaux modes relationnels.
- **Régulation émotionnelle.** Le fait de jouer un rôle permet de prendre du recul par rapport à ses propres émotions, favorisant ainsi une plus grande prise de conscience et un meilleur contrôle.
- **Affronter l'exposition sociale.** Progressivement, les participants peuvent acquérir la force nécessaire pour s'exprimer également en dehors du cadre du théâtre, transférant ainsi leurs propres acquis dans leur vie quotidienne.





CHAPITRE

3

La dépression chez les jeunes

3.1

COMMENT RECONNAITRE LA DÉPRESSION?

Écrasés par un profond sentiment de vide

Que signifie être dépressif ? Quels sont les signes avant-coureurs qui peuvent faire suspecter une dépression ? Comment peut-on guérir ? Quels sont les facteurs de risque et de protection de la dépression ; quelles sont les actions éducatives qui peuvent être mises en place ?

[1] La dépression est un trouble mental très fréquent, qui touche plus de 300 millions de personnes dans le monde entier. Elle peut survenir à tout âge, y compris chez les enfants et les personnes âgées. Elle est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, se manifeste différemment d'un individu à l'autre et peut avoir différents niveaux d'intensité.

Les principaux symptômes sont **la modification persistante de l'humeur constamment en baisse et la perte de plaisir dans la majorité des activités.**

Plusieurs facteurs biologiques peuvent contribuer à mettre en place son apparition : les changements hormonaux, les altérations des neurotransmetteurs cérébraux et même les composants génétiques. Les problèmes de santé physique peuvent aggraver la dépression ou la dépression peut entraîner des problèmes de santé physique.

[2] La dépression ne doit pas être confondue avec les variations d'humeur courantes, ni avec les réactions émotionnelles temporaires face aux problèmes quotidiens. La tristesse ou les inquiétudes liées à des situations défavorables ou difficiles font partie de la normalité, et en soi, ne constitue pas un trouble dépressif. Cependant, il est important de souligner que la dépression est une maladie et ne doit pas être interprétée comme un signe de faiblesse.

En effet, la dépression **peut devenir un problème de santé plus important**, lorsqu'elle est prolongée et intense, au point d'empêcher la personne d'exercer ses activités habituelles dans tous les domaines.

Elle peut devenir chronique, lorsqu'elle ne s'améliore pas avec le temps, ou récurrente, lorsque les épisodes se répètent, et peut rendre difficile le bon fonctionnement à la maison, au travail ou à l'école et dans la vie quotidienne. Dans sa forme la plus grave, elle peut conduire au suicide.

Les symptômes de la dépression

[1] Toutes les personnes souffrant de troubles dépressifs ne présentent pas les mêmes symptômes. La gravité, la fréquence et la durée des symptômes peuvent varier d'une personne à l'autre et d'un trouble à l'autre. Par ailleurs, les symptômes peuvent se manifester différemment en fonction du contexte culturel.

Plusieurs signes peuvent indiquer la présence d'une dépression et aider à la différencier des états émotionnels courants, de façon à pouvoir décider de demander de l'aide auprès du centre de santé compétent. Outre les symptômes mentionnés ci-dessous, le sentiment de tristesse est souvent différent de celui qui est ressenti à d'autres moments, et contrairement à une tristesse passagère, il ne s'améliore pas avec le temps.

En général, le premier symptôme de la dépression consiste en un épisode dépressif, c'est-à-dire une manifestation limitée dans le temps des symptômes de la dépression. Cet épisode peut ensuite se reproduire ; selon l'intensité et la répétition de ces épisodes, on parlera de **troubles dépressifs légers, modérés ou sévères**.

[2] Bien qu'il existe différents types de dépression, qui se distinguent par leur durée et leur prétendue origine, la caractéristique commune est la présence de certains symptômes affectant de manière significative la vie personnelle, relationnelle et sociale de la personne.

- Une tristesse inhabituelle et persistante, accompagnée d'une tendance à pleurer dans des situations qui, normalement, ne provoqueraient pas cette réaction.
- Une perte d'intérêt ou de plaisir pour des activités qui, habituellement, étaient appréciées.
- Des sentiments d'inutilité, de dégoût de soi et de culpabilité.
- Des difficultés à penser et à se concentrer, des problèmes de mémoire et d'attention.
- De l'irritabilité et de l'anxiété.

- Un malaise général, une sensation de fatigue et un manque d'énergie.
- Des douleurs, des maux de tête ou des problèmes digestifs.
- Des difficultés à s'endormir ou un sommeil excessif.
- Des changements d'appétit (manger plus ou moins que d'habitude)

Certains symptômes peuvent être considérés comme des signes avant-coureurs d'une dépression plus grave. Lorsqu'ils apparaissent, **il est nécessaire de consulter un professionnel de la santé** dès que possible pour évaluer les alternatives de traitement.

Prévalence

La dépression est aujourd'hui l'un des principaux problèmes de santé dans le monde, en raison de sa fréquence et des conséquences qu'elle entraîne. Sa prévalence est très élevée, avec une estimation de **8 à 16 % de personnes souffrant de dépression au cours de leur vie**. Actuellement, elle constitue la deuxième cause de handicap dans le monde (elle représente 4,3% de la charge mondiale des maladies), mais d'ici 2030, selon les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), elle deviendra la cause principale.

Selon les données récentes de l'OMS de ces dernières années, plus de **322 millions de personnes dans le monde souffrent de dépression**, dont moins de 25% ont accès à un traitement efficace. Une personne sur cinq développera une dépression au cours de sa propre vie et ce nombre augmentera avec d'autres facteurs, tels que la co-morbidité ou les situations de stress.

Le nombre total estimé de personnes souffrant de dépression a augmenté ces dernières années grâce à plusieurs facteurs : le vieillissement de la population, le niveau de stress que nous subissons tous les jours, les problèmes sociaux et économiques et l'augmentation de la consommation de substances toxiques et de médicaments.

3.2

LA TYPOLOGIE DES TROUBLES DÉPRESSIFS

Les différents visages de la dépression

[1] La dépression peut être légère, modérée ou sévère selon sa gravité, chronique lorsque la personne vit avec elle depuis plus de 2 ans (elle disparaît généralement après 5 mois)⁶. Dans les différentes classifications, nous trouvons différents types de troubles dépressifs, dont les plus fréquents sont :

⁶ Il existe différents types de classifications des troubles dépressifs, utilisées à la fois à des fins cliniques et de recherche, comme la *Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati (ICD)* et la classification de l'American Psychiatric Association dans le *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM)*.

- **La dépression majeure.** Les symptômes dépressifs durent au moins deux semaines et sont suffisamment graves pour interférer avec la vie quotidienne. Ce type de dépression peut, dans certains cas, être récurrent, lorsque les épisodes se répètent à plusieurs reprises au cours de la vie. Elle peut être de gravité légère, modérée ou sévère.
- **La dépression chronique ou dysthymie.** Les symptômes peuvent être moins graves, mais ils persistent dans le temps pendant au moins deux ans.
- **La dépression post-partum.** Elle survient lorsqu'un épisode dépressif apparaît chez une femme ayant récemment accouché ; il peut s'agir d'un épisode sévère influencé par des facteurs hormonaux.
- **Le trouble adaptatif avec des symptômes dépressifs.** Il apparaît en réaction à une situation difficile dans la vie de la personne, comme un problème au travail, une séparation avec le partenaire, un problème familial, etc.
- **La dépression bipolaire.** elle survient dans le cadre d'un trouble bipolaire. Dans ce cas, les épisodes dépressifs alternent avec des épisodes d'euphorie, c'est-à-dire un état d'esprit élevé, excessivement joyeux, gai ou exagérément enthousiaste, qui ne correspond pas à ce qui se passe dans la vie de la personne. Ces épisodes durent plusieurs jours et sont séparés par des intervalles de temps où l'humeur de la personne est normale.

[2] La dépression et la tristesse peuvent être confondues mais ce n'est pas la même chose. Il n'est pas toujours facile de reconnaître ce que nous ressentons. Parfois, il nous arrive d'utiliser l'expression « je suis déprimé ! » mais il est probable que nous le fassions de manière inappropriée. Vivre un moment de tristesse est normale, mais il faut distinguer la dépression, qui est un véritable trouble. C'est un problème qu'il faut traiter avec l'aide d'un professionnel.

Il arrive souvent de traverser des périodes particulièrement difficiles dans la vie et par conséquent de *se sentir tristes, résignés, découragés, sans énergie*. Parfois, c'est la conséquence d'un deuil, entendu non seulement comme la perte d'un être cher, mais aussi comme une expérience de perte : nous avons l'impression d'avoir perdu quelque chose de manière définitive. Une perte peut être à la fois matérielle et symbolique : la perte d'un emploi, la fin d'une histoire d'amour, la rupture d'une amitié, l'éloignement du pays d'origine, etc.

Il est naturel d'éprouver ces émotions dans de telles situations. cependant, si des symptômes particulièrement intenses se manifestent et entravent la vie quotidienne, il pourrait s'agir d'une dépression majeure. Même si l'état de tristesse, le manque d'enthousiasme et d'énergie peuvent être la conséquence temporaire d'un deuil et donc l'expression d'une perte, cela ne veut pas dire que l'on ne peut pas se tourner vers un professionnel qui peut vous aider à accepter, à traverser et à surmonter le deuil.

En résumé, la tristesse est une émotion et, en tant que telle, elle est plus éphémère et limitée dans le temps, étroitement liée au chagrin, à l'élaboration de la perte de quelque chose de précieux. **La dépression**, en revanche, est un état émotionnel prolongé qui affecte différents aspects de la personnalité ; il ne s'agit certainement pas d'un problème transitoire qui n'affecte qu'un jour de la semaine.

Les causes de la dépression

La dépression est le résultat d'interactions complexes entre **des facteurs biologiques** (biochimiques, génétiques, hormonaux, liés à la santé), **psychologiques** (événements traumatiques durant l'enfance ou à l'âge adulte, situations adverses et stressantes) et **sociaux** (comme l'isolement social ou le manque de ressources).

[1] Tout d'abord, les facteurs **biologiques** jouent un rôle crucial dans la dépression. La génétique est l'un des éléments-clés : la présence de membres de la famille ayant des antécédents de dépression augmente la probabilité de développer ce trouble. Des études ont montré que les neurotransmetteurs, tels que la sérotonine, la dopamine et la noradrénaline, sont impliqués dans la régulation de l'humeur et qu'un déséquilibre de ces substances peut contribuer à l'apparition de la dépression. Des altérations structurelles et fonctionnelles du cerveau, telles que la réduction de certaines zones cérébrales associées à l'humeur et à la régulation des émotions, ont été observées chez les individus dépressifs.

En plus des facteurs génétiques et neurochimiques, **les aspects hormonaux** peuvent également influencer le risque de dépression. Les changements hormonaux, tels que ceux qui se produisent pendant la grossesse, le cycle menstruel ou la ménopause peuvent déclencher des épisodes dépressifs chez certaines femmes. Cependant, la prédisposition biologique à elle seule ne suffit pas à expliquer le trouble ; elle interagit souvent avec des facteurs environnementaux et psychologiques.

[2] Au niveau **psychologique**, la dépression est souvent associée à des schémas de pensée négatifs et à une vision pessimiste de soi-même et du monde. Les personnes qui sont capables d'interpréter les événements de manière négative ou de ruminer sur des expériences passées douloureuses peuvent se retrouver piégées dans un cercle vicieux de pensées et d'émotions négatives. Une faible estime de soi est un autre facteur psychologique courant chez les personnes souffrant de dépression. Se sentir inadéquat ou incapable de faire face aux défis quotidiens peut alimenter le sentiment d'impuissance et de désespoir.

Même les traumatismes ou les expériences négatives vécues pendant l'enfance, comme la violence physique, émotionnelle ou sexuelle, peuvent avoir des effets durables sur la santé mentale. Ces événements peuvent compromettre le développement de l'auto-efficacité et des capacités d'adaptation, c'est-à-dire la façon dont un individu affronte et gère une détresse intense, rendant ainsi l'individu plus vulnérable à la dépression à l'âge adulte. De plus, le stress chronique, résultant de situations telles que le travail, les relations difficiles ou la pression financière, peut contribuer au développement d'un tel trouble.

[3] Au niveau **social**, l'isolement et le manque de soutien social représentent des facteurs de risque significatifs pour la dépression. Les personnes qui n'ont pas de réseau de soutien ou qui se sentent seules peuvent être plus sensibles à la dépression. Les difficultés relationnelles, telles que les conflits familiaux ou les amitiés rompues peuvent accentuer le sentiment de solitude et de tristesse. Dans un contexte culturel stigmatisant les maladies mentales, les personnes souffrant de dépression peuvent se sentir encore plus isolées et hésiter à demander de l'aide, aggravant ainsi leur situation.

Enfin, **les événements importants de la vie**, comme la perte d'un être cher, une séparation ou un changement drastique des circonstances de la vie peuvent agir comme des déclencheurs de la dépression. Ces événements peuvent provoquer une réponse émotionnelle profonde qui, associée à des vulnérabilités préexistantes, peut entraîner l'apparition de la dépression.

3.3

LES SIGNAUX D'ALERTE DE LA DÉPRESSION

[1] Il est essentiel que les personnes souffrant de dépression soient en mesure de reconnaître les premiers signes avant-coureurs de ces troubles pour réussir à mettre en place des stratégies appropriées et à demander de l'aide pour prévenir un éventuel épisode dépressif. En général, **les premières sonnettes d'alarme** auxquelles il faut prêter une attention particulière, sont :

- **Ne pas vouloir sortir de la maison ou même ne pas pouvoir se lever du lit.**
- Ne pas être en mesure d'accomplir les tâches quotidiennes (hygiène, alimentation, obligations familiales, etc.)
- Être sans espoir, croyant que la situation que vous vivez n'a pas d'issue, et que vous ne pouvez rien faire pour l'améliorer,
- Inhibition psychomotrice : difficulté à se déplacer et à s'exprimer, sensation de ralentissement. La voix devient monotone, lente et rauque.
- Des pensées de mort ou des tentatives de suicide.

[2] Il existe différents signes et différents symptômes de la dépression, et ils peuvent varier selon l'âge.

En effet, **la dépression chez les enfants d'âge préscolaire, (jusqu'à 6/7 ans)** existe bel et bien, bien qu'elle soit souvent négligée ou sous-estimée. Il est crucial de la reconnaître et de la traiter avec sensibilité.

Elle peut se présenter sous les formes suivantes :

- Symptômes physiques : douleurs (maux de tête et douleurs abdominales), fatigue, vertiges.
- Anxiété (en particulier l'anxiété de séparation).
- Phobie.
- Agitation ou hyperactivité psychomotrice.
- Irritabilité.
- Diminution de l'appétit (faible poids).
- Changements dans le sommeil.
- Diminution du plaisir d'aller à l'école ou de jouer.
- Altération des capacités sociales.

Et en plus...

- Troubles de l'évacuation.
- Un visage triste (tristesse constante).
- Mauvaise communication.
- Pleurs fréquents.
- Mouvements répétitifs.
- Auto et hétéro-agression.

Nous remarquons également quelques signes **à l'âge scolaire (6/7 - 12 ans)** :

- Humeur dépressive verbalisée : tristesse, irritabilité, ennui.
- Apparence triste, facilité à pleurer, apathie, fatigue, isolement.
- Mauvais rendement scolaire.
- Faible concentration.
- Troubles somatiques.
- Perte de poids.
- Insomnie.
- Symptômes psychotiques congruents avec l'humeur.
- Mauvaises relations avec les pairs.
- Désir de mort.
- Attachement exclusif et excessif aux animaux.
- Difficulté à s'amuser (anhédonie).
- Faible estime de soi

La dépression à l'**adolescence** (>12 ans) ne se limite pas seulement à une humeur dépressive, une mélancolie occasionnelle, mais il s'agit d'un trouble qui peut se manifester par des symptômes différents de ceux que nous pouvons observer chez l'adulte. La liste ci-dessous énumère les symptômes les plus fréquents, et il est important de savoir qu'ils ne sont pas toujours tous présents:

- Irritabilité et instabilité.
- Humeur dépressive et irritable.
- Perte d'énergie.
- Démotivation et manque d'intérêt.
- Ralentissement psychomoteur.
- Sentiments de désespoir et de culpabilité.
- Troubles du sommeil (hypersomnie).
- Modification de l'appétit et du poids.
- Isolement.
- Difficultés de concentration.
- Diminution du rendement scolaire.
- Faible estime de soi.
- Idées suicidaires et tentatives de suicide.
- Problèmes de comportement graves (consommation d'alcool et de drogues).

Pour être plus concis, les symptômes subjectifs les plus nombreux chez **les jeunes filles** sont : tristesse, vide, ennui, colère, anxiété, une plus grande préoccupation pour la popularité, moins de satisfaction de leur appartenance, et une estime de soi plus faible. En revanche, **les jeunes hommes** expriment des sentiments de mépris et de défi, ainsi que des problèmes de comportement. (absentéisme scolaire, fugue, violence physique, vol, abus de substances).

Bien que **les symptômes de la dépression semblent similaires chez les adolescents et les adultes, il existe en fait, quelques différences :**

- Les adolescents ne portent jamais un «masque de dépression» : leur apparence, leur expression faciale n'est pas dépressive.
- Les adolescents ne disent pas verbalement qu'ils sont tristes, et encore moins déprimés ; ils peuvent dire qu'ils s'ennuient, qu'ils sont vidés, et qu'ils en ont assez.
- Ils ne cherchent pas à obtenir de la compréhension empathique et du réconfort de la part des adultes – tendance à refuser l'aide, à être hostiles ou indifférents.

Être déprimé, c'est comme regarder la vie qui passe devant toi avec des lunettes de soleil, ce qui ne te permet pas de voir la réalité telle qu'elle est, mais filtrée précisément par ces lentilles, où tout semble si difficile, voire impossible à réaliser.

LES PRINCIPAUX MYTHES ET LES FAUSSES CROYANCES SUR LA DÉPRESSION

De nombreuses personnes souffrant de dépression sont **victimes en général de l'incompréhension de la population.**, qui ne parvient pas à saisir l'ampleur de cette maladie ou l'impact réel qu'elle a sur la vie quotidienne de ceux qui en souffrent. Comprendre la réalité de la dépression est d'une grande aide pour normaliser ce problème de santé mentale. Dans ce sens, il est très intéressant d'écouter et de démasquer ceux qui sont les faux mythes.

La dépression et la tristesse sont la même chose. FAUX

La tristesse est une émotion passagère, temporaire, qui se manifeste à certains moments de la vie. La dépression, en revanche, est un trouble mental qui interfère de manière significative avec la vie quotidienne des personnes qui en souffrent. Il est important de savoir distinguer les symptômes qui indiquent la présence d'un état dépressif.

La dépression dure toute la vie. FAUX

Avec un bon diagnostic et un traitement adéquat, une personne peut mener une vie normale. Les professionnels indiquent à chaque personne le type de traitement à suivre en fonction des meilleures preuves scientifiques possibles. L'implication active de la personne souffrant de dépression et de sa famille est essentielle tout au long de la démarche thérapeutique.

La dépression peut être simulée. FAUX

Il est très difficile de simuler la dépression. Il est important de se rappeler que la dépression provoque une grande douleur chez la personne.

La dépression chez les personnes âgées est différente et plus difficile à traiter que la dépression chez les jeunes. FAUX

Le tableau de la dépression chez les personnes âgées est identique à celui des jeunes. La réponse au traitement de la dépression est tout aussi bonne chez les personnes âgées que chez les jeunes.

La dépression ne touche pas les enfants. FAUX

La dépression touche aussi l'enfance, mais elle présente des symptômes différents de ceux des adultes et elle passe souvent inaperçue parce que nous n'y pensons pas ou que nous la confondons avec d'autres problèmes qui peuvent être la conséquence de notre état de santé. Chez certains enfants, la dépression peut devenir extrêmement invalidante et évoluer vers un niveau de mal-être plus élevé.

La dépression peut se soigner seule. FAUX

Les symptômes de la dépression, tels que la fatigue physique, l'insomnie, les douleurs musculaires, les troubles digestifs ou les changements d'humeur, empêchent la

personne souffrant de dépression de se rétablir. Il est essentiel d'être conscient qu'il s'agit d'une dépression et de demander de l'aide à des professionnels pour obtenir le soutien nécessaire.

Les personnes souffrant de dépression sont toujours tristes. FAUX

Il est possible que certaines personnes dépressives soient toujours tristes. Chaque personne peut présenter des symptômes différents. Il est très fréquent que l'anhédonie se produise, c'est-à-dire l'incapacité à éprouver du plaisir, sentiment qui peut entraîner un état de tristesse profonde.

La dépression est la conséquence d'un traumatisme. FAUX

Il est certain que la dépression peut naître d'une situation négative, comme peut l'être la perte d'un être cher, un échec, la perte d'un emploi ou la perte d'une relation sentimentale. Ainsi, les personnes déprimées ne sont pas toujours en mesure de reconnaître un facteur externe à l'origine de la manifestation de ce malaise.

Les médicaments sont suffisants pour soigner la dépression. FAUX

Les médicaments interviennent en régulant la base biochimique de la dépression. Cependant, dans la plupart des cas, les médicaments peuvent s'avérer insuffisants et d'autres interventions sont nécessaires, comme la psychothérapie, l'éducation, et l'amélioration du cadre de vie pour compléter le traitement et optimiser la récupération.

3.5

COMMENT ACCOMPAGNER LA DÉPRESSION DANS UN CONTEXTE ÉDUCATIF?

Une attention particulière à la prévention primaire

[1] Comme chacun sait, la *prévention primaire* consiste à réduire l'incidence d'un trouble en ciblant les facteurs de risque qui précèdent la maladie. La *prévention secondaire* vise à réduire la prévalence et se concentre sur le traitement du trouble. La *prévention tertiaire* vise la réadaptation et la prévention des rechutes.

À ce stade, nous aimerions souligner les aspects de **la prévention primaire de la dépression**, en nous concentrant sur l'intervention avant l'apparition des symptômes, et nous le faisons en agissant sur l'environnement dans lequel une personne évolue pour favoriser une plus grande résilience et un meilleur bien-être émotionnel.

À cet égard, il convient de souligner quelques facteurs de protection personnelle qui peuvent réduire le risque de développer une dépression et qui doivent être encouragés dans le contexte éducatif :

- Exprimer ses propres sentiments avec ses proches, disposer d'un réseau de soutien social stable pour partager son état d'esprit avec des personnes de confiance.
- S'appuyer sur la famille et les amis, c'est-à-dire maintenir des relations étroites et cohérentes.
- Cultiver des croyances spirituelles ou religieuses.
- Pratiquer une activité physique régulièrement.
- Établir une routine quotidienne et fixer des objectifs réalistes.
- Réfléchir chaque jour aux aspects positifs qui vous sont arrivés et être reconnaissant et apprécier les aspects positifs de la vie.
- Faire des projets.
- Adopter une alimentation saine.
- Maintenir une bonne routine de sommeil et de repos.
- Éviter l'alcool et les drogues.
- Se livrer à des activités qui procurent du bien-être, par exemple participer à des activités de bénévolat ou d'utilité pour la communauté.
- Adopter une pensée positive et renforcer l'estime de soi.
- Apprendre à tolérer l'incertitude et l'ambiguïté. Nous vivons une période d'incertitude.
- Apprendre à se détendre.
- Garder un sens de la perspective. Certaines situations ne dureront pas éternellement et il faut fixer de nouveaux objectifs réalistes en accord avec les circonstances actuelles.
- Si vous avez des pensées suicidaires, demandez de l'aide immédiatement.
- Si nécessaire, demandez de l'aide à un professionnel de la santé.

[2] D'autre part, pour faire face de manière efficace et complète à la dépression chez les jeunes, les éducateurs doivent créer un environnement accueillant et sans jugement, où les jeunes peuvent se sentir en sécurité pour engager un dialogue sur leurs propres émotions et leurs propres difficultés. Un critère éducatif essentiel vise à **favoriser l'empathie et l'écoute active**, pour permettre aux éducateurs d'instaurer une relation de confiance avec les jeunes. Pour cela, il est utile d'organiser des rencontres individuelles et collectives, où les jeunes peuvent librement raconter leurs propres expériences.

Dans un contexte communautaire, il est possible de créer des espaces protégés comme des cercles de partage, dans lesquels chaque participant a la possibilité de s'exprimer sans interruption. Un éducateur peut guider ces séances qui introduisent un thème de réflexion tel que : « Quelles sont les choses qui te préoccupent le plus en ce moment » ; « Quelles sont les situations dans lesquelles tu te sens le plus heureux ? ». L'utilisation de questions ouvertes est cruciale pour encourager un partage sincère.

[3] Il existe **des actions éducatives qui favorisent et préviennent la santé mentale** chez les adolescents, c'est-à-dire des interventions centrées sur la famille – comme la formation aux compétences – ainsi que dans les écoles et les milieux éducatifs, tels que :

- les changements organisationnels pour un environnement psychologique sûr et positif;
- l'enseignement de la valeur de la santé mentale et des compétences de vie;
- la formation du personnel à l'identification et à la gestion de base du risque de suicide ;
- les interventions basées sur le leadership par les pairs ou les programmes de tutorat ;
- les programmes de prévention destinés aux adolescents en situation de vulnérabilité, tels que les personnes touchées par des environnements humanitaires fragiles et des groupes minoritaires ou discriminés ;
- les interventions à plusieurs niveaux pour prévenir l'abus d'alcool et de substances ;
- les programmes visant à prévenir les comportements sexuels à risque.



Les techniques pour travailler en profondeur sur les différents aspects de la dépression

Voici quelques exercices pratiques avec des techniques spécifiques que les éducateurs peuvent appliquer pour aider les jeunes à gérer la dépression et à développer des compétences émotionnelles. Ces techniques favorisent la conscience de soi, améliorent les capacités relationnelles et fournissent des outils concrets pour faire face aux difficultés émotionnelles.

[1] Le journal de la gratitude et du bien-être. Un exercice d'écriture qui aide les jeunes à se concentrer sur les aspects positifs de leur propre vie, réduisant ainsi l'effet des pensées négatives.

Activité : Demander aux jeunes d'écrire, chaque soir, trois choses pour lesquelles ils se sentent reconnaissants ou heureux des petites choses comme une conversation agréable ou un beau paysage observé au cours de la journée. L'éducateur peut ensuite animer une discussion hebdomadaire sur leur propre « moment de gratitude » préféré.

Matériel : cahier pour chaque participant et stylos.

Durée : 10 à 15 minutes chaque jour.

[2] Le groupe de discussion sur les Émotions. Des moments de partage où les jeunes peuvent se confronter sur des thèmes spécifiques et développer une compréhension commune.

Activité: L'éducateur introduit un thème spécifique, comme « Comment gères-tu les moments de tristesse ? » ou « Quelles sont tes principales préoccupations ? » Les participants répondent et se confrontent en cercle, en étant à l'écoute et en respectant les expériences des autres. Chaque groupe de discussion peut se terminer par une brève réflexion guidée, dans laquelle chacun exprime ce qu'il a appris de la rencontre.

Matériel: espace calme pour le cercle, feuilles pour prendre des notes personnelles.

Durée: 45-60 minutes.

[3] Le Collage du futur. Cette activité aide les jeunes à visualiser et à organiser leurs propres rêves et leurs propres objectifs. C'est un outil d'introspection qui renforce l'espoir en l'avenir.

Activités: L'éducateur fournit des magazines, des feuilles, des ciseaux et de la colle et invite les jeunes à découper des images ou des mots, qui représentent leur propre avenir ou ce qu'ils désirent. À la fin de l'activité, chaque participant présente son collage et explique ce qu'il représente pour lui. L'atelier peut se conclure en demandant à chacun de choisir un mot-clé pour représenter leur futur projet.

Matériel: planches, feuilles, ciseaux, colle.

Durée: 60 à 90 minutes.

[4] Un activité d'écriture expressive : « La lettre à soi ». L'écriture expressive aide les jeunes à extérioriser leurs propres émotions et leurs propres pensées, favorisant ainsi une réflexion personnelle approfondie.

Activités: L'éducateur demande aux jeunes d'écrire une lettre adressée à eux-mêmes dans un moment difficile ou à eux-mêmes pour le futur, en donnant des conseils et des encouragements. Vous pouvez proposer un thème, comme « Qu'aimerais-tu dire à toi-même quand tu te sens triste ? » ou « Quels conseils te donnerais-tu pour surmonter les difficultés ? » À la fin, ceux qui le souhaitent peuvent lire leur propre lettre au groupe. Cet exercice peut aider à créer un sentiment de conscience de soi et une compréhension mutuelle.

Matériel: papier, stylos.

Durée: 30 minutes pour l'écriture, 30 minutes pour le partage.

[5] Des ateliers d'Art-Thérapie. Grâce à l'Art-Thérapie, les jeunes peuvent exprimer visuellement leurs propres émotions difficiles à verbaliser.

Activités: L'éducateur invite les jeunes à dessiner ou à peindre quelque chose qui représente leur état émotionnel actuel ou un défi auquel ils sont confron-

tés. Cela laisse une grande place à la liberté créative, sans jugement sur les capacités artistiques. Une fois les dessins terminés, chacun peut, s'il le souhaite, partager le sens de son travail avec le groupe.

Matériel: Feuilles de dessin, feutres, couleurs, pastels.

Durée: 45-60 minutes.

[6] Les activités de « Résolutions des problèmes » pour relever les défis du quotidien. Elles aident les jeunes à développer une approche pratique et positive des difficultés.

Activités: L'éducateur introduit une situation problématique, comme « Tu as une épreuve difficile et tu te sens dépassé » ou « tu t'es disputé avec un ami et tu ne sais pas comment faire face à cela ». Chaque participant doit trouver une stratégie pour résoudre le problème, en essayant de le résoudre avec les moyens du bord à sa disposition. À la fin, on partage et on discute de la solution qui a été la plus efficace. et des raisons pour lesquelles elle a fonctionné.

Matériel: Fiches présentant des situations problématiques.

Durée: 30 minutes.

[7] Les exercices de communication empathique. Ils aident à développer l'empathie et la compréhension, compétences essentielles au bien-être relationnel.

Activités: En couple, les participants échangent des récits sur une situation difficile. Chaque membre doit ensuite résumer ce qu'il a entendu, en essayant de comprendre le point de vue de l'autre. Par la suite, le groupe réfléchit à l'importance de « se sentir écouté » et à la manière d'améliorer la communication.

Matériel: Aucun spécifique.

Durée: 15 à 20 minutes pour les couples, 20 minutes pour la réflexion en groupe.



CHAPITRE

4

Les troubles liés aux symptômes somatiques

4.1

COMMENT RECONNAÎTRE LES TROUBLES SOMATIQUES?

Quand le corps parle

En fait, le corps a depuis toujours eu beaucoup plus d'importance. Il peut être aussi un instrument valable de communication d'un état de malaise ou de souffrance psychique. Ainsi, il y a des souffrances qui trouvent un espace d'expression et tentent d'envoyer un signal à la personne, se manifestant à travers une douleur physique. Elles impliquent la personne à 360 degrés avec l'esprit et avec le corps. Sans aucun doute, il existe un lien intime entre le malaise, le bien-être mental et le bien-être physique.

Les troubles somatoformes, aujourd'hui classés dans le DSM-5 sous le terme de «**Troubles liés à des symptômes somatiques et apparentés**», font partie d'un groupe de maladies caractérisées par des symptômes physiques qui ne peuvent être expliqués par un problème médical général ou par un autre trouble mental.

Toutefois, ces symptômes physiques provoquent une gêne considérable ou compromettent le fonctionnement social, professionnel ou d'autres contextes importants de la vie de la personne.

Les symptômes des troubles psychosomatiques

Dans le DSM-5, les troubles somatiques et apparentés se divisent principalement en deux catégories : les symptômes somatiques et les troubles associés, chacun avec des caractéristiques distinctes.

[1] Les troubles liés aux symptômes somatiques sont caractérisés par la présence d'un ou de plusieurs symptômes somatiques qui causent une détresse importante et sont associés à des préoccupations excessives concernant la gravité de ces symptômes. Ces symptômes peuvent varier considérablement et inclure des douleurs, des troubles gastro-intestinaux, de la fatigue, et d'autres manifestations physiques. Ce qui distingue ces troubles, c'est que l'attention de la personne n'est pas tant focalisée sur la maladie elle-même que sur son interprétation et sur l'anxiété qu'elle ressent à ce sujet. Souvent, la personne demande à plusieurs reprises une assistance médicale, bien que les examens médicaux ne révèlent pas de cause physique évidente aux symptômes.

[2] Un autre groupe est constitué par des troubles apparentés, qui comprennent le trouble de conversion, le trouble hypocondriaque et le trouble de somatisation. Le *trouble de conversion* se manifeste par des symptômes neurologiques (tels que la paralysie ou les problèmes de coordination) qui ne peuvent pas être expliqués par une pathologie, souvent en réponse à un stress émotionnel ou à un traumatisme. Le *trouble hypocondriaque* se caractérise par une préoccupation persistante à l'égard d'une maladie grave, sur la base d'une interprétation erronée des symptômes corporels normaux.

Enfin, le *trouble de somatisation* fait référence à des antécédents de symptômes somatiques récurrents et variables, qui ne peuvent pas être entièrement expliqués par une quelconque pathologie sous-jacente ou par un autre trouble mental. « Le DSM-5 souligne que, bien que les symptômes somatiques soient réels et gênants, le mécanisme sous-jacent n'est pas nécessairement lié à une maladie physique.

[3] Le trouble dysmorphique du corps (ou *Body Dysmorphic Disorder*) fait partie des troubles apparentés aux troubles liés aux symptômes somatiques. Ce trouble se caractérise par une préoccupation excessive pour un défaut perçu dans l'apparence physique, qui peut être léger ou même inexistant aux yeux des autres.

On peut dire qu'il s'agit d'un état psychologique caractérisé par une obsession qui touche les défauts physiques qui peuvent être légers ou inexistants. Même si ces défauts semblent insignifiants ou invisibles aux yeux des autres, **pour la personne qui en souffre, ils sont une source de grande anxiété et de malaise, au point d'interférer avec la vie quotidienne.**

Les principales caractéristiques du trouble de dysmorphie corporelle :

- **Une préoccupation obsessionnelle pour l'apparence physique.** Les individus passent beaucoup de temps à se concentrer sur des parties spécifiques de leur propre corps, comme la peau, les cheveux, le nez, les yeux, la forme du visage, les dents ou d'autres caractéristiques. Même si les imperfections sont légères ou imaginaires, la personne les perçoit comme de graves défauts esthétiques.
- **Des comportements répétitifs liés à l'apparence.** il s'agit notamment de se regarder à plusieurs reprises dans le miroir, de se comparer aux autres, de camoufler le défaut présumé (par exemple, avec du maquillage ou des vêtements), et de recourir à des interventions esthétiques pour le corriger. La personne pourrait constamment chercher à être rassurée par les autres ou, au contraire, éviter complètement le miroir et les contacts sociaux pour la honte.
- **Un impact sur la vie quotidienne.** Le trouble peut causer une grande détresse émotionnelle et interférer dans le fonctionnement quotidien. Les personnes atteintes du trouble de dysmorphie corporelle évitent souvent les situations sociales par peur d'être jugées sur leur apparence et peuvent s'isoler. Ce malaise peut également conduire à la dépression, à l'anxiété sociale et aux pensées suicidaires.
- **La recherche obsessionnelle d'interventions esthétiques.** malgré les interventions chirurgicales ou esthétiques les personnes cherchent souvent à corriger leurs soit-disant défauts, le soulagement n'est que temporaire. Dans de nombreux cas, l'insatisfaction persiste ou se déplace vers d'autres parties du corps, rendant vaine l'intervention.
- **Des aspects psychologiques et psychiatriques.** le trouble est associé à une faible estime de soi, au perfectionnisme et aux troubles anxieux. Dans de nombreux cas, les personnes développent également des troubles tels que la dépression, l'anxiété généralisée ou les troubles alimentaires. Le trouble du dysmorphisme corporel peut coexister avec l'anxiété sociale, car les personnes ont peur du jugement des autres.

Prévalence

[1] Les données sur les troubles somatiques sont difficiles à déterminer avec précision en raison de la variabilité dans la définition et le diagnostic de certaines conditions médicales. Nous estimons qu'entre 5 % et 7 % de la population en général pourrait souffrir de troubles somatiques. Ces troubles sont **plus fréquents chez les femmes que chez les hommes** avec un rapport qui peut varier. En général, les femmes sont en viron deux fois plus susceptibles de développer des troubles somatiques.

[2] La tranche d'âge la plus touchée par ces troubles tend à être celle des adultes jeunes et des adultes d'âge moyen, avec **un pic d'incidence entre 20 et 40 ans**. Cependant, il est important de remarquer que les symptômes peuvent se manifester à l'adolescence et, dans certains cas, même à un âge mûr, où ils peuvent être exacerbés

par différents facteurs tels que la présence de maladies physiques chroniques ou le déclin des capacités cognitives.

[3] Les caractéristiques pertinentes comprennent une comorbidité significative avec d'autres troubles psychologiques, tels que l'anxiété et la dépression, ce qui peut compliquer davantage le diagnostic et le traitement. De plus, les personnes atteintes de troubles somatiques ont **souvent des antécédents d'expériences traumatiques ou stressantes**, ce qui peut influencer leur propre santé mentale et physique.

[4] Géographiquement, la prévalence des troubles somatiques peut varier. Aux États Unis et en Europe, les taux de diagnostic peuvent être plus élevés, en partie en raison d'une plus grande sensibilisation et d'un meilleur accès aux services de santé mentale. Cependant, dans de nombreuses régions d'Asie et d'Afrique, les troubles somatiques peuvent être sous-diagnostiqués en raison de la stigmatisation, du manque de formation professionnelle et des différences culturelles dans la perception de la santé mentale.

4.2

LES CAUSES DES TROUBLES SOMATIQUES

Les causes des troubles liés aux symptômes somatiques sont complexes et multifactorielles, résultant d'une combinaison de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. **Bien qu'il n'y ait pas de cause unique pouvant expliquer leur propre origine**, il est largement reconnu qu'une interaction dynamique entre le corps et l'esprit joue un rôle essentiel.

[1] Un facteur important est **la prédisposition génétique**. Des études ont montré qu'il existe une composante héréditaire qui rend certaines personnes plus vulnérables au développement de troubles psychiatriques liés à l'anxiété, tels que les troubles somatiques. Les personnes ayant des antécédents familiaux de troubles anxieux, de troubles dépressifs ou d'autres troubles mentaux ont un risque plus élevé de développer des symptômes somatiques. Cette prédisposition génétique influence la sensibilité du système nerveux central qui peut réagir intensément à des stimuli physiques et émotionnels, exacerbant ainsi la perception de la douleur ou des symptômes corporels.

D'un point de vue neurobiologique, il est apparu que les personnes présentant des troubles liés aux symptômes somatiques peuvent présenter des altérations dans les circuits cérébraux impliqués dans la perception de la douleur et dans le traitement des stimuli corporels. Le système nerveux central pourrait être plus activé ou hypersensible aux signaux corporels normaux, ce qui entraînerait une perception accrue et une amplification des symptômes physiques. Les neurotransmetteurs tels que la sérotonine et la dopamine, qui régulent à la fois l'humeur et la sensibilité à la douleur pourraient être également impliqués.

[2] Les facteurs psychologiques jouent un rôle crucial dans le développement et le maintien des troubles liés aux symptômes somatiques. Les personnes qui ont tendance à interpréter de manière catastrophique les signes physiques ou qui sont très attentives à leur propre corps sont plus susceptibles de développer ce type de trouble. La conviction qu'un symptôme physique soit le signe d'une maladie grave, même en l'absence de preuves médicales, est courante chez ces personnes. Les expériences traumatiques ou émotionnelles en particulier pendant l'enfance, telles que la maltraitance physique ou sexuelle, la négligence ou le traumatisme psychologique, peuvent augmenter la probabilité de développer des troubles somatiques.

Ces expériences peuvent conduire à une difficulté dans la gestion des émotions, amenant la personne à exprimer le malaise psychologique à travers des symptômes corporels. En d'autres termes, le corps devient le moyen par lequel les conflits émotionnels ou le stress non traité se manifestent. Certaines personnes développent également une forme d'« hyper-vigilance » vis-à-vis des signaux de leur propre corps, surveillant constamment le moindre changement ou sensation, ce qui peut conduire à une surestimation de l'importance des symptômes physiques.

[3] Le contexte familial joue également un rôle significatif. Les modèles de maladie observés dans l'enfance peuvent affecter la façon dont une personne perçoit et réagit à ses propres symptômes physiques. Si, dans une famille, nous avons tendance à être hyperattentif aux signaux du corps ou nous avons tendance à traiter tout malaise physique comme quelque chose de grave, il est plus probable qu'un enfant grandisse en développant des croyances similaires. Dans certains cas, les symptômes physiques peuvent devenir un moyen d'attirer l'attention, d'obtenir du réconfort ou d'éviter des responsabilités et des pressions. Ce mécanisme peut être inconsciemment renforcé par l'environnement environnant, conduisant ainsi la personne à maintenir ou à amplifier les symptômes somatiques.

[4] Enfin, les facteurs culturels et sociaux contribuent de manière significative à la manifestation et l'interprétation des troubles somatiques. Dans certaines cultures, l'expression du malaise émotionnel à travers des symptômes physiques peut être plus acceptable ou compréhensible que la verbalisation des émotions. Les normes sociales et culturelles peuvent influencer la façon dont une personne interprète et réagit aux symptômes corporels. Dans certaines sociétés, les troubles mentaux sont encore stigmatisés et moins acceptés qu'une maladie physique. Les idéaux de beauté promus par les médias, la pression sociale et les attentes concernant l'apparence physique peuvent aggraver la situation. En conséquence, les personnes pourraient être plus enclins à manifester leur propre détresse psychologique à travers leur propre corps plutôt que de le reconnaître comme un problème émotionnel ou mental.

LES SIGNES AVANT-COUREURS DES SYMPTÔMES SOMATIQUES

Les signes avant-coureurs des troubles liés aux symptômes somatiques peuvent varier d'une personne à l'autre, mais il y a des symptômes courants qui peuvent indiquer la présence d'un trouble. Il est important de les reconnaître pour pouvoir intervenir rapidement et chercher un traitement approprié.

[1] L'un des principaux signes reste **la préoccupation excessive et persistante des symptômes physiques**, même lorsqu'il n'y a pas d'explication médicale claire. Les personnes souffrant de troubles liés aux symptômes somatiques ont tendance à se concentrer de manière obsessionnelle sur leurs propres symptômes, les interprétant comme des signes de maladies graves. Cette préoccupation peut persister même après de nombreux examens médicaux négatifs ou rassurants de la part des professionnels de la santé.

[2] Un autre signal d'alarme important s'avère être **une douleur ou un malaise persistant et non justifié pour une cause médicale claire**. Les personnes peuvent éprouver des douleurs chroniques ou d'autres symptômes physiques tels que de la fatigue, des vertiges ou des difficultés respiratoires, bien que les examens n'indiquent aucun problème physique évident. Même si les symptômes peuvent être réels et invalidants, le niveau d'angoisse ressentie par la personne est disproportionné par rapport à la gravité réelle du symptôme.

[3] **La recherche fréquente d'assistance médicale** ou de différents spécialistes correspond à un autre signal d'alarme. Les personnes ont tendance à consulter de nombreux médecins ou à subir des examens répétés, dans l'espoir de trouver une réponse ou un diagnostic expliquant leurs propres symptômes. Souvent, ils ne sont pas satisfaits des résultats négatifs et continuent de croire qu'ils ont une condition physique grave.

[4] **La vérification constante des symptômes** devient un comportement courant. Les personnes atteintes de troubles liés aux symptômes somatiques peuvent contrôler leur propre corps à plusieurs reprises à la recherche de signes de maladie, comme prendre continuellement leur température, mesurer leur propre pression artérielle ou inspecter une partie spécifique de leur corps. Cela peut conduire à un cycle obsessionnel de surveillance des symptômes, aggravant ainsi la préoccupation.

[5] Un excès d'assurance de la part des membres de la famille, des amis ou des médecins entraîne un autre signe important. Ces personnes recherchent souvent à être rassurés par les autres, en demandant si leurs propres symptômes semblent préoccupants ou si elles devraient se préoccuper d'une maladie. Malgré leurs propres propos rassurants, leur anxiété ne s'atténue pas et continue à chercher des confirmations.

[6] L'impact sur les activités quotidiennes représente un signal clé. Les troubles liés aux symptômes somatiques peuvent interférer de manière significative avec la vie quotidienne, affectant ainsi le travail, les relations sociales et les activités personnelles. Les personnes peuvent éviter certaines activités par crainte d'aggraver leurs propres symptômes ou parce qu'elles ne se sentent pas physiquement en mesure de participer. Cela peut conduire à un isolement social, à une diminution de la productivité et à une détérioration de la qualité de vie.

[7] Enfin, l'apparition de symptômes psychologiques concomitants, tels que l'anxiété et la dépression, constitue un autre signal d'alarme. L'angoisse et la frustration résultant de la persistance des symptômes physiques, combinées à l'absence d'explications médicales, peuvent conduire à une détérioration de l'état de santé émotionnel. Les personnes peuvent développer des troubles anxieux, des attaques de panique ou de dépression, aggravant ainsi encore plus leur état général.

4.4

LES PRINCIPAUX MYTHES ET FAUSSES CROYANCES CONCERNANT LES TROUBLES SOMATIQUES

Les troubles liés aux symptômes somatiques ne sont que de l'imagination : les gens s'inventent leurs propres symptômes. FAUX

Les personnes souffrant de troubles liés aux symptômes somatiques ne font pas semblant. Elles ressentent une douleur ou un malaise réel, même s'il n'y a pas toujours de cause médicale évidente. La souffrance est réelle et souvent aggravée par l'anxiété et des processus mentaux inconscients.

Celui qui souffre d'un trouble de dysmorphie corporelle n'est que vaniteux. FAUX

Le trouble de dysmorphie corporelle ne concerne pas la vanité, mais une obsession pathologique pour des défauts physiques ressenties (souvent inexistantes ou mineures). Ces préoccupations provoquent d'intenses souffrances et elles compromettent la vie sociale et professionnelle.

Les troubles dus à des symptômes somatiques peuvent être résolus par la force de volonté. FAUX

Il ne s'agit pas de «choisir d'être en bonne santé». Ces troubles nécessitent une approche pluridisciplinaire, qui comprend un soutien psychologique et, dans certains cas, un traitement médical pour les symptômes physiques et psychiques.

Si les médecins ne trouvent rien, c'est qu'il n'y a vraiment rien. FAUX

L'absence d'explication médicale ne rend pas les symptômes moins réels. Les troubles liés aux symptômes somatiques ont des bases psychologiques et neurobiologiques, même si elles ne sont pas toujours visibles à travers des tests médicaux.

Les troubles liés aux symptômes somatiques ne touchent que les femmes. FAUX

Bien qu'ils soient plus fréquents chez les femmes, les hommes peuvent également en être atteints. Leur diagnostic peut être moins fréquent en raison des stéréotypes de genre ou d'une manifestation différente des symptômes.

4.5

COMMENT ACCOMPAGNER LES SYMPTÔMES SOMATIQUES DANS LE CONTEXTE EDUCATIF?

Une approche très prudente, sensible et pluridisciplinaire

[1] Le premier facteur à considérer concerne l'importance du **soutien social**. Avoir un réseau social solide, composé d'amis, de membres de sa propre famille ou d'autres personnes de confiance, peut fournir un mécanisme de protection important. Les relations interpersonnelles positives aident à gérer le stress, à normaliser les préoccupations liées à la santé et à réduire l'anxiété due aux symptômes physiques.

Les personnes qui se sentent soutenues sont **plus susceptibles d'interpréter correctement les signaux corporels et de demander de l'aide professionnelle si nécessaire**, sans tomber dans des attitudes hyper-catastrophiques.

[2] **La bonne adaptation émotionnelle et la capacité à gérer le stress** représentent un autre facteur de protection essentiel. Les personnes qui développent des compétences d'adaptation efficaces, telles que des techniques de relaxation, de pleine conscience ou de stratégies cognitives pour la gestion des émotions négatives, sont moins aptes à somatiser la détresse psychologique. Une bonne **régulation émotionnelle** permet de faire face au stress quotidien sans le transférer sur le corps, évitant ainsi l'apparition de symptômes physiques liés à la tension émotionnelle ou à l'anxiété.

[3] Ensuite, il est également important dans le domaine de l'éducation d'insister sur **la connaissance et l'éducation à la santé**. Les personnes qui ont une compréhension adéquate du fonctionnement du corps et des réponses physiologiques normales au stress sont moins susceptibles d'interpréter de manière erronée les symptômes physiques, comme des signes de maladies graves. L'éducation à la santé peut aider à réduire l'anxiété liée à la santé, en adoptant une attitude plus réaliste vis-à-vis des symptômes corporels.

[4] En général, l'objectif principal est d'offrir un soutien et de **créer un environnement sûr et inclusif** où les jeunes peuvent explorer et faire face à leurs préoccupations liées à l'apparence physique et au bien-être général, sans se sentir jugés ou stigmatisés. Une intervention éducative devrait donc s'appuyer sur un ensemble de critères fondamentaux, qui prévoient à la fois des actions préventives et des actions structurées, de manière à construire un parcours complet et efficace de sensibilisation et de soutien.

[5] L'approche éducative devrait d'abord inclure une information précise sur les troubles somatiques, comme la dysmorphie corporelle, et plus généralement sur les effets que la perception du corps a sur la santé mentale et physique. L'éducateur devrait fournir des contenus clairs et scientifiquement corrects sur la nature de ces troubles, en mettant également en évidence **l'impact que peuvent avoir les médias et les réseaux sociaux** sur la perception corporelle.



Les techniques de travail en profondeur sur différents aspects concernant les troubles somatiques et la dysmorphie corporelle

Questionnaire sur la perception corporelle et le bien-être émotionnel

Les questionnaires anonymes représentent des outils essentiels pour déterminer de manière préliminaire le niveau de détresse ou d'insécurité lié à la perception corporelle. Avant de commencer un programme éducatif, il est utile de distribuer un questionnaire aux participants avec des questions structurées pour évaluer :

- La perception de soi
- L'influence des réseaux sociaux
- L'état émotionnel lié à l'image corporelle
- Le bien-être psychophysique

La perception de soi et l'image corporelle

- Dans quelle mesure te sens-tu satisfait(e) de ta propre apparence physique globale?
Très satisfait(e) – Assez satisfait(e) – Pas satisfait(e) – Pas du tout satisfait(e)
- Quelles sont les parties de ton corps dont tu es le plus satisfait ? (Réponse ouverte)
- Quelles sont les parties de ton corps dont tu es le moins satisfait ? (Réponse ouverte)
- Dans quelle mesure penses-tu que ton apparence physique influence ton humeur ?
Beaucoup – Assez – Peu – Pas du tout
- Combien de fois par jour penses-tu à l'apparence de ton propre corps ?
Jamais – 1 ou 2 fois – 3 ou 5 fois – Plus de 5 fois
- Te sens-tu souvent préoccupé(e) ou mal à l'aise par rapport à ton corps ?
Toujours – Souvent – Parfois – Rarement – Jamais

L'influence des réseaux sociaux

- Combien de temps passes-tu sur les réseaux sociaux chaque jour?
Moins d'une heure – 1 à 3 heures – 3 à 5 heures – Plus de 5 heures
- Est-ce qu'il t'arrive de comparer ton apparence à celle des personnes que tu vois sur les réseaux sociaux?
Toujours – Souvent – Parfois – Rarement – Jamais
- Penses-tu que les réseaux sociaux influencent la façon dont tu perçois ton corps?
Beaucoup – Assez – Peu – Pas du tout
- Lorsque tu regardes des photos de personnes «parfaites» sur les réseaux sociaux, comment te sens-tu?
Motivé(e) à m'améliorer – Insatisfait(e) de mon apparence – Indifférent(e) – Autre(précise):
- As-tu déjà modifié ou retouché une photo avant de la publier sur les réseaux sociaux?
Toujours – Souvent – Parfois – Jamais

L'estime de soi et l'acceptation de soi

- Comment décris-tu ton estime de soi ?
Très élevée – Assez élevée – Moyenne – Faible – Très faible
- Dans quelle mesure te sens-tu accepté (e) par ton groupe d'amis ?
Complètement – Assez – Peu – Pas du tout
- As-tu déjà été victime de commentaires négatifs ou de moqueries à propos de ton apparence ?
Jamais – Rarement – Souvent – Très souvent
- Dans quelle mesure te sens-tu sûr(e) de te montrer tel(le) que tu es sans modifications ni artifices ?
Très sûr(e) – Assez sûr(e) – Pas sûr(e) – Pas du tout sûr(e)

Le bien-être psychophysique

- À quelle fréquence te sens-tu anxieux(e) ou stressé(e) à cause de ton corps ou de ton image ?
Toujours – Souvent – Parfois – Jamais
- Quand tu es entre amis ou en public, penses-tu à ce à quoi tu ressembles ?
Toujours – Souvent – Parfois – Jamais
- Dans quelle mesure penses-tu que ton estime de soi soit influencée par ton apparence physique ?
Beaucoup – Assez – Peu – Pas du tout
- Quelles sont les stratégies ou les habitudes que tu utilises pour prendre soin de ton bien-être psychophysique ? (Par exemple sport, méditation, autres activités de soins personnels) (Réponse ouverte)

Les réflexions et les suggestions

- Quelles sont les principales difficultés que tu rencontres lorsque tu dois accepter ton corps? (Réponse ouverte)
- Quelles sont les activités ou les stratégies, qui, selon toi, pourraient t'aider à améliorer ta perception de toi-même ? (Réponse ouverte)
- Si tu pouvais obtenir de l'aide à ce sujet, quel type de soutien te semblerait utile ? (par ex. conseils, groupes de discussion, matériel informatique) (Réponse ouverte)
- Y a-t-il d'autres choses que tu aimerais ajouter ou partager sur le thème de la perception du corps ?(Réponse ouverte).

Groupe de discussion sur l'Image Corporelle et les Stéréotypes de Beauté

L'organisation des séances de groupe où les jeunes peuvent exprimer leurs propres opinions sur les modèles de beauté et les pressions esthétiques de la société leur permet de développer une pensée critique. Au cours de ces séances, l'éducateur peut utiliser des questions de réflexions stimulantes telles que :

- « Quels sont les standards de beauté promus par les réseaux sociaux ? »
- « Dans quelle mesure te sens-tu conditionné(e) par les canons esthétiques véhiculés par les médias ? »
- « Penses-tu que l'image du corps idéal ait évolué avec le temps ? »

Ces discussions aident non seulement les jeunes à réfléchir, mais elles créent également un environnement dans lequel ils se sentent écoutés et peuvent trouver un soutien mutuel. Pour encourager une participation ouverte, il est recommandé d'utiliser un cercle de partage où chacun a le droit de s'exprimer sans interruptions.

Des ateliers de conscience corporelle

La pleine conscience est considérée comme une technique efficace pour aider les jeunes à développer une relation plus équilibrée avec leur propre corps, basée sur la prise de conscience et l'acceptation. Au cours de ces séances, vous pouvez guider les participants à travers :

[1] Des exercices de respiration et de pleine conscience. L'éducateur invite les jeunes à fermer leurs yeux, à se concentrer sur leur respiration et à observer leurs propres sensations corporelles sans jugement. Cela aide à développer une conscience de soi sans critique.

[2] Des visualisations guidées. L'éducateur guide les jeunes à imaginer un moment où ils se sont sentis sereins et en harmonie avec leur propre corps, puis il leur demande de réfléchir à la manière de maintenir cette sensation.

[3] Un journal de gratitude corporelle. Inviter les participants à tenir un journal dans lequel, à la fin de la journée, ils notent au moins une qualité de leur corps pour laquelle ils sont reconnaissants. Cet exercice renforce l'acceptation de soi et réduit l'autocritique. Projets créatifs d'exploration de l'identité corporelle.

Projets créatifs d'exploration de l'identité corporelle

La création de projets artistiques collectifs permet aux jeunes d'explorer l'authenticité corporelle dans un espace sûr et sans jugement. Quelques idées pratiques incluent:

[1] Une exposition photographique personnelle. Chaque participant prend une photo représentant une image de lui-même qu'il considère comme authentique ou significative. Ensuite, il expose la photo dans une galerie scolaire avec une brève description de ce qu'elle représente.

[2] Un collage sur l'identité corporelle. Chaque jeune peut créer un collage d'images et de mots qui représentent leur propre identité, à la fois physique et émotionnelle. Ce projet encourage l'autoréflexion et valorise la diversité.

[3] Des peintures murales sur l'image de soi : Ensemble, les jeunes peuvent peindre une fresque murale qui représente l'idée de beauté et d'acceptation. Ce type d'activité, en plus de renforcer le groupe, permet aux participants d'explorer l'image corporelle de manière constructive.

Rencontres de discussion avec des experts

Inviter des psychologues, des nutritionnistes et des entraîneurs personnels spécialisés dans la promotion de la santé et du bien-être peut être un moyen de fournir aux jeunes des informations professionnelles sur la façon de prendre soin de leur corps. Au cours de ces rencontres, les experts peuvent aborder des sujets tels que :

- La différence entre une alimentation saine et un régime restrictif.
- Comment établir des objectifs physiques réalistes et basés sur le bien-être, plutôt que sur l'esthétique.
- Des techniques pour améliorer la perception de soi sans être obsédé par l'apparence physique.

Ce type de rencontre peut également être accompagné d'une séance de questions-réponses, au cours de laquelle les jeunes ont la possibilité d'exprimer leurs propres doutes et de recevoir des conseils pratiques.

Parcours d'Éducation à l'Utilisation Consciente des réseaux Sociaux

L'éducation aux médias aide les jeunes à comprendre l'impact des réseaux sociaux sur l'image corporelle. Par exemple, il est possible d'organiser des activités telles que :

[1] Analyse critique des profils sociaux. L'éducateur montre des profils d'influenceurs, faisant partie désormais de notre quotidien et des publicités pour discuter en groupe de la façon dont les images parfaites sont construites et les outils qui ont été utilisés (filtres, retouches photo). L'objectif est celui de démasquer la nature artificielle de nombreuses images.

[2] Création de contenu réaliste. Les jeunes peuvent être invités à créer des contenus réalistes, qui favorisent l'authenticité, documentant ainsi des moments de leur vie sans modifications ni filtres. Cela favorise l'authenticité et contribue à contrecarrer la pression en faveur de l'image parfaite.

Matériel éducatif et brochure d'informations

L'éducateur peut utiliser des supports tels que des brochures et des affiches d'informations à placer dans les espaces communs, qui traitent de sujets tels que :

- Les risques d'une attention excessive portée au corps.
- L'importance de l'estime de soi et de l'acceptation de soi.
- Des stratégies pour améliorer la perception de leur propre corps.

La distribution du matériel d'informations dans les lieux fréquentés par les jeunes (salle de classe, bibliothèque, gymnase) aide à normaliser ces thèmes, créant ainsi un environnement où les jeunes se sentent moins seuls dans leur parcours d'acceptation de leur propre corps.





CHAPITRE

5

Les troubles alimentaires

5.1

COMMENT RECONNAÎTRE LES TROUBLES DE L'ALIMENTATION?

Je suis malade mais il est difficile de l'admettre

Quels sont les types de troubles, quelle est la cause, quels sont les signes avant-coureurs qui peuvent nous alerter, où pouvons-nous nous adresser et quel traitement devons-nous suivre?, quels sont les facteurs protecteurs contre cette maladie? Ce sont quelques-unes des questions auxquelles cette rubrique répond brièvement pour fournir les informations les plus pertinentes sur ces troubles.

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) font partie des pathologies psychiatriques et sont caractérisés par des comportements alimentaires anormaux qui affectent négativement la santé physique et psychologique de la personne.

Ces troubles impliquent **une préoccupation excessive pour le poids corporel, la forme du corps et l'alimentation**, et peuvent entraîner de graves conséquences sur la santé. Les troubles alimentaires se manifestent sous différentes formes, chacune ayant des caractéristiques et des critères de diagnostic spécifiques, mais ils ont tous en commun une relation dysfonctionnelle avec la nourriture et une distorsion de la perception du corps.

Tous ces troubles ont pour point commun de partager le manque de conscience de la maladie et, par conséquent, la motivation à guérir. Pour cette raison, le traitement est long et complexe et le rôle de la famille est essentiel au bon rétablissement.

Les symptômes des troubles alimentaires

Certains comportements ou signes peuvent indiquer un trouble du comportement alimentaire. Ce sont des aspects à observer et à diagnostiquer le plus tôt possible, pour faciliter une récupération plus rapide. Les signes avant-coureurs liés à l'apparition d'un trouble alimentaire sont les suivants:

Premièrement, **les signes et symptômes physiques** :

- Perte de poids en peu de temps sans en connaître l'origine.
- Retard de croissance normal en raison de l'âge et du poids.
- Changements de poids soudains.
- Troubles menstruels, perte des règles sans raison médicale.
- Décalcification osseuse (ostéoporose).
- Joues gonflées en raison de vomissements auto-induits (hypertrophie de la parotide).
- Anomalies dentaires (perte de la couche d'émail, caries).
- Callosités sur les articulations de certains doigts.

Deuxièmement, les signes et symptômes psychologiques:

- Préoccupation extrême pour la ligne, l'alimentation et le poids.
- Commentaires moqueurs sur votre propre corps.
- Distorsion grave de l'image corporelle.
- Perfectionnisme et insatisfaction.
- Instabilité émotionnelle
- Isolement et inquiétude excessive pour les études.
- Irritabilité.
- Faible estime de soi.
- Impulsivité.
- Augmentation de la rigidité et des obsessions

Enfin, les signes et symptômes comportementaux:

- Persistance dans le régime alimentaire, même si la personne est très maigre.
- Changement des habitudes alimentaires (devenir végétarien ou végétalien).
- Intérêt accru pour la cuisine, les vêtements et la mode.
- Disparition après les repas et enfermement dans la salle de bain.

- Tendance à cacher certaines parties du corps avec des vêtements.
- Achat et consommation de produits amincissants.
- Rituels étranges avec la nourriture, comme la découper en petits morceaux
- Exercice physique excessif.
- Obsession de se peser constamment.
- Isolement social.

Prévalence

[1] Les études épidémiologiques portant sur la population la plus à risque montrent une prévalence d'environ 5% chez les femmes âgées de 12 à 21 ans. En fonction du diagnostic, les taux de prévalence se situent entre 0,31% pour l'anorexie mentale, 0,77% pour la boulimie et 3,07% pour les troubles alimentaires non spécifiés (Pérez-Gaspar et al., 2000). Les comportements à risque de ces troubles varient entre 11 et 18% chez les adolescents.

Nous estimons qu'aujourd'hui, seulement en Italie, plus de **trois millions de personnes** souffrent de troubles de l'alimentation et de la nutrition (TAN) et des dizaines de millions de jeunes et d'adultes dans le monde tombent malades chaque année. La pandémie a encore aggravé la situation, avec une augmentation des cas de maladies estimée à au moins à 30 à 35 % et un **abaissement de l'âge d'apparition de la maladie**.

[2] En général, ces troubles se manifestent pendant l'enfance et touchent principalement la population féminine, même si le nombre d'hommes augmente surtout à l'adolescence et à la préadolescence. Les troubles du comportement alimentaire (TCA) **commencent également à se répandre de manière significative, dans la population infantile avec des enfants** de 8-9 ans présentant des symptômes caractéristiques des TCA typiques de l'adolescence et de l'âge adulte, principalement de type anorexique, et non plus des troubles alimentaires propres à l'enfance, comme c'était le cas il y a quelques années.

5.2

LES DIFFERENTS TYPES DE TROUBLES ALIMENTAIRES

Les différents visages des troubles alimentaires

« Les troubles de la nutrition et de l'alimentation sont caractérisés par un trouble persistant de l'alimentation ou des comportements liés à l'alimentation, qui entraînent une consommation ou une absorption anormale d'aliments et qui nuisent considérablement à la santé physique ou au fonctionnement psychosocial ». ⁷

⁷ Définition des troubles de l'alimentation et de la nutrition selon le *Manuel Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (DSM-5-TR) (American Psychiatric Association, 2023).

Nous présentons un bref aperçu des troubles alimentaires primaires, dont la lecture peut aider à mieux comprendre cette réalité :

- **L'anorexie nerveuse.** Elle se caractérise par une recherche incontrôlable de la maigreur susceptible de s'associer à des habitudes et des comportements compensatoires : régime alimentaire rigoureux et restrictif (voire jeûne), pratique excessive d'exercices physiques et/ou actions purgatives (vomissements auto-induits, usage excessif de laxatifs et/ou diurétiques). Les personnes touchées manifestent une peur folle de prendre du poids et de devenir obèses, ou adoptent un comportement persistant qui nuirait à l'accumulation de poids. Ces personnes souffrent d'une distorsion de l'image corporelle, étant constamment préoccupées par la nourriture, le corps et le poids. Etant donné qu'elles se concentrent sur la perte de poids, ce qui peut entraîner à des carences nutritionnelles, leur santé pourrait en souffrir. Psychologiquement parlant, nous pouvons observer des traits de personnalité caractérisés par un perfectionnisme prononcé, des exigences rigoureuses envers soi-même et une faible estime de soi.
- **La boulimie nerveuse.** Elle se caractérise par des épisodes de frénésie alimentaire (ingestion vorace et incontrôlée), pendant lesquels la personne ingère une grande quantité de nourriture dans un laps de temps très court, généralement en cachette et avec un sentiment de perte de contrôle. Les personnes atteintes peuvent essayer de compenser les effets de la suralimentation par des vomissements provoqués, l'abus de laxatifs et/ou de diurétiques, le jeûne ou l'exercice physique excessif. Comme l'anorexie nerveuse, les personnes atteintes de boulimie nerveuse présentent une préoccupation excessive à l'égard du poids, de l'image et de la forme du corps. Ce qui la différencie de l'anorexie, c'est le manque de contrôle sur l'alimentation. Il s'agit souvent d'un trouble médical plus difficile à détecter, car il passe facilement inaperçu (la personne touchée peut être normale, en sous-poids ou en surpoids) et est vécu avec des sentiments de honte et de culpabilité.
- **Le trouble de l'alimentation incontrôlée (binge-eating).** Il se caractérise par la présence récurrente d'une alimentation vorace (des frénésies alimentaires), semblable à celle des personnes atteintes de boulimie nerveuse. La différence réside dans le fait que la personne ne met pas en place des mécanismes de compensation pour des frénésies alimentaires, ce qui conduit, au fil du temps, la personne atteinte à prendre inexorablement du poids ou bien à devenir obèse. De nombreuses personnes souffrant de ce trouble de l'appétit utilisent la nourriture comme un moyen pour faire face aux émotions et aux sentiments négatifs. Ces dernières ont du mal à gérer l'anxiété et trouvent que manger devient réconfortant et apaisant. Cependant, elles finissent par se sentir tristes et coupables de ne pas pouvoir contrôler leur alimentation, ce qui augmente le stress, et ainsi le cycle continue.

- **L'allotriophagie.** Une maladie qui entraîne l'ingestion de substances non nutritives, telles que le sable ou la craie. L'ingestion de ces substances est considérée comme inappropriée pour le niveau de développement de l'individu. La substance ingérée a tendance à varier avec l'âge, les jeunes enfants mangent souvent de la peinture, de la craie, de la ficelle, des cheveux ou des vêtements. Ce trouble est plus fréquent pendant l'enfance et dans certains cas, se rencontre chez les enfants atteints d'autisme ou de retard mental.
- **Le trouble de la rumination.** Il se caractérise par une régurgitation répétée de la nourriture (sans nausées ni vomissements, ni maladie gastro-intestinale associée, comme le reflux oesophagien) de l'estomac à la bouche, pour être mâché, avalé ou craché à nouveau. Ce trouble est le plus souvent rencontré chez les jeunes enfants (entre 3 et 12 mois), mais il peut aussi être trouvé chez des sujets plus âgés, en particulier chez ceux qui sont atteints d'un retard mental. Il n'est pas diagnostiqué lorsqu'il survient dans le contexte de l'anorexie nerveuse ou de la boulimie nerveuse.
- **Le trouble d'évitement/ de restriction de la consommation alimentaire.** Il se caractérise par la présence de comportements alimentaires restrictifs, une perte de poids significative ou une stagnation post-staturale, une dépendance à l'alimentation par sonde ou à des compléments alimentaires oraux, ainsi que des difficultés psychosociales. Contrairement à l'anorexie nerveuse et à la boulimie nerveuse, ces sujets ne manifestent pas de symptômes tels que la distorsion de l'image corporelle ou la peur de prendre du poids.

Il s'agit généralement de garçons et de filles d'âge prépubère (avec une plus grande implication du sexe masculin) qui ont toujours rencontré des problèmes avec l'alimentation (souvent associés à problèmes gastro-intestinaux), avec un répertoire alimentaire très réduit. Ce trouble est associé à des problèmes d'anxiété, à un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité, à un trouble obsessionnel-compulsif et à des troubles du spectre autistique.

- **Le trouble de la nutrition et de l'alimentation avec spécification.** Cette catégorie s'applique aux situations dans lesquelles les symptômes caractéristiques d'un trouble de la nutrition et de l'alimentation, qui causent une détresse importante ou des dommages dans le fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres secteurs importants, prédominent, mais ils ne répondent pas à l'ensemble des critères diagnostiques de l'un des troubles de la nutrition et de l'alimentation.

Toutefois, cette catégorie de Troubles du comportement alimentaire révèle des aspects significatifs et des symptômes caractéristiques liés à une problématique de la nourriture et de l'image corporelle. Ces symptômes, malgré leur non-conformité avec les critères diagnostiques des troubles alimentaires les plus fré-

quents, doivent être pris en compte et recevoir toute l'attention requise pour la guérison.

- **Syndrome de l'alimentation nocturne.** Connu également sous le terme anglais "night eating syndrome" (NES), il s'agit d'un trouble du comportement alimentaire qui se manifeste par des épisodes de suralimentation incontrôlée nocturne et de troubles du sommeil. C'est une maladie qui incite la personne souffrante à se nourrir de façon compulsive durant la soirée et la nuit, en quantités supérieures à celles de la journée. Cela déclenche un cercle vicieux, avec des répercussions défavorables sur l'horloge biologique tant pour le sommeil que pour l'alimentation. Cette maladie se manifeste parfois en conjonction avec des troubles dépressifs et anxieux, et touche souvent, mais pas uniquement, les personnes obèses.

Les causes des troubles alimentaires

La cause des troubles alimentaires est multifactorielle. Plusieurs facteurs entrent en jeu dans leur propre formation, des facteurs biologiques et génétiques, des caractéristiques psychologiques, des aspects socioculturels et des facteurs de stress environnemental. Le poids spécifique de chacun de ces facteurs n'est pas encore bien défini.

Ces troubles débutent généralement à l'adolescence, bien qu'une fréquence d'apparition progressivement plus élevée soit observée dans la phase prépubère et à l'âge adulte. Ils touchent principalement la population féminine avec une prévalence d'environ 9 cas sur 10 chez les femmes et 1 sur 10 chez les hommes.

Parmi les facteurs qui causent les troubles alimentaires, il y a les suivants:

[1] Les acteurs biologiques (vulnérabilité familiale) : les études sur les familles montrent une fréquence plus élevée de troubles alimentaires chez les personnes souffrant de troubles de l'alimentation que chez celles qui ne présentent pas la maladie. Dans le cas de l'anorexie nerveuse, la génétique semble expliquer 60 à 70% du risque d'apparition de la maladie.

[2] Les facteurs socioculturels: plusieurs études identifient la relation entre les troubles alimentaires et les modèles des familles hyperprotectrices, rigides et exigeantes, conflictuelles et peu soudées. D'autre part, il existe des facteurs culturels qui influencent le culte du corps et l'idéal de beauté, en particulier la maigreur excessive, l'influence de la mode et des médias, ainsi que l'impact des réseaux sociaux sur les jeunes.

Les aspects socio-culturels influencent donc positivement la perception de la minceur et de la beauté stéréotypée dans les pays développés, qui sont perçus et utilisés comme synonymes de réussite sociale et personnelle. Il y a un bombardement massif

de ce message à travers les réseaux sociaux, les médias de masse et l'environnement. Données significatives et préoccupantes :

- Au cours des cinq dernières années, les contenus sur les réseaux sociaux promouvant des comportements alimentaires pathologiques ont augmenté de 47% ;
- l'utilisation d'images d'« inspiration à la minceur » en continu et de défis viraux (Iphone-Knees – l'idée est de placer le smartphone au niveau des genoux et, si les deux sont recouverts par le téléphone portable, cela signifie qu'on est suffisamment mince ; de compter le nombre de pièces de monnaie qui peuvent tenir dans la cavité de la clavicule, ou *Headphones around Waist* – publier des photos en attachant les écouteurs autour de la taille pour montrer qu'on est maigre).

[3] Les facteurs psychologiques : les traits de la personnalité tels que la rigidité excessive, le perfectionnisme, le désir de soi, le retrait social et les antécédents personnels de difficultés alimentaires ont été associés aux troubles alimentaires. En particulier, la boulimie et le trouble de l'hyperphagie incontrôlée présentent un profil de personnalité plus impulsif, avec des difficultés à gérer la frustration, ce qui conduit à une suralimentation anxieuse. La faible estime de soi est un facteur commun à la plupart des troubles alimentaires.

[4] Les événements potentiellement stressants de la vie : des abus sexuels et/ou physiques ont été associés à des troubles du comportement pendant l'enfance, à des critiques de l'apparence physique provenant de l'environnement, ainsi qu'à une histoire de crises de vie.

5.3

LES SIGNES AVANT-COUREURS DES TROUBLES DE L'ALIMENTATION

[1] Les troubles alimentaires regroupent des pathologies complexes et potentiellement dangereuses, et l'identification des **signes avant-coureurs de ces troubles** deviennent essentiels pour intervenir rapidement. Un changement significatif dans le comportement alimentaire constitue souvent le premier signe à identifier. Il peut se manifester par l'adoption de **régimes extrêmes, le refus d'aliments considérés comme « malsains » ou une restriction stricte des portions**. Les personnes souffrant de troubles alimentaires peuvent également commencer à sauter des repas ou à manger en cachette, en adoptant un comportement d'évitement et en cachant leur propre rapport avec la nourriture.

[2] De plus, le corps peut commencer à montrer des signes physiques évidents. **La perte de poids drastique est** l'un des symptômes les plus connus, en particulier dans les cas d'anorexie, où la personne peut apparaître visiblement en sous-poids. En revanche, dans

le cas de boulimie avec des épisodes de frénésie alimentaire, il peut y avoir **des fluctuations de poids**, suivis de comportements compensatoires tels que des vomissements ou une consommation excessive des laxatifs. D'autres signes physiques tels que la **faiblesse, la fatigue, la peau sèche, la perte de cheveux et les irrégularités menstruelles** peuvent être également des indicateurs d'un trouble alimentaire en cours.

[3] Au niveau émotionnel et comportemental, les signaux d'alarme peuvent inclure une obsession pour le poids et les formes corporelles, avec un souci constant pour l'image corporelle. « Une personne peut exprimer de **l'insatisfaction à l'égard de son propre corps**, même si elle se trouve dans une situation de poids normal ou de sous-poids. Vous pouvez également remarquer des changements d'humeur, tels que l'irritabilité, l'anxiété ou la dépression, qui accompagnent souvent la détérioration de la santé mentale et physique. Enfin, **l'isolement social** se manifeste par un autre signe significatif, car la personne peut commencer à éviter les situations sociales impliquant de la nourriture, comme les dîners entre amis ou les événements familiaux.

[4] Les signaux d'alarme dans les contextes scolaires, récréatifs, associatifs sont:

- Récréation ou moments conviviaux (jeter de la nourriture, ne rien manger).
- Évitez de rester dans des endroits où vous prenez vos repas lorsque vous êtes ensemble.
- Des élèves perfectionnistes.
- Un exercice intense.
- Le manque de concentration.
- Un épuisement.
- Des changements au printemps et en été.

5.4

LES PRINCIPAUX MYTHES ET FAUSSES CROYANCES SUR LES TROUBLES DE L'ALIMENTATION

Voilà quelques croyances erronées sur les troubles alimentaires dans notre société actuelle. Bien que nous en sachions plus aujourd'hui sur ces troubles qu'il y a quelques années, il existe encore certaines croyances erronées qu'il faut éliminer pour bien comprendre ces maladies complexes :

Les troubles alimentaires ne sont pas une maladie. FAUX

Les troubles du comportement alimentaire ne sont pas simplement de mauvaises habitudes alimentaires, ce sont des maladies qui ont une genèse et une évolution multifactorielles, et qui nécessitent un traitement spécifique.

Les troubles alimentaires sont un choix. FAUX

Personne ne choisit délibérément d'avoir un trouble de l'alimentation, au contraire, c'est l'apparition du trouble qui pousse la personne à adopter des comportements tels que la restriction de la consommation alimentaire, ou l'induction de vomissements, ou des épisodes de frénésie alimentaire. La personne ne contrôle pas volontairement ces phénomènes et leur présence nécessite une intervention spécialisée.

Les troubles alimentaires ne touchent que les femmes. FAUX

Ces dernières années, il y a eu une augmentation considérable des troubles alimentaires dans la population masculine. Bien qu'ils soient plus fréquents chez les femmes, les troubles alimentaires touchent également les hommes et les femmes.

Les adolescents suivent normalement un régime alimentaire. FAUX

Beaucoup d'adolescents ne font pas de régime; d'autres choisissent d'en suivre un, peut-être en imitant un(e) ami(e). Une attention excessive au poids et la mise en place de régimes sans prescription médicale peuvent être une sonnette d'alarme qu'il convient de prendre au sérieux.

L'anorexie et la boulimie sont les seuls troubles alimentaires. FAUX

En plus de l'anorexie et de la boulimie, il existe d'autres troubles tels que le trouble de la nutrition et de l'alimentation avec d'autres spécifications et le trouble de la nutrition et de l'alimentation sans spécification (cf. DSM 5-TR).

L'anorexie est le trouble le plus fréquent. FAUX

Il y a plus de cas de boulimie diagnostiqués et de troubles de l'alimentation non spécifiés que de cas d'anorexie.

Quand une personne souffre d'un trouble alimentaire, elle est toujours très maigre. FAUX

Dans de nombreux cas, l'apparence physique de la personne atteinte d'un trouble alimentaire est normale. En d'autres termes, elle n'est pas nécessairement maigre ou excessivement maigre. La croyance erronée selon laquelle tous les sujets sont maigres peut rendre difficile l'identification des troubles alimentaires.

Les troubles alimentaires ne sont jamais complètement guéris. FAUX

Environ 50 à 60 % des cas guérissent complètement, 20 à 30 % guérissent partiellement, et seulement 10 à 20 % des cas évoluent vers une forme chronique du trouble. Ce qui est essentiel pour la guérison d'un trouble alimentaire, c'est un traitement médical et psychologique spécialisé.

La personne qui souffre d'un trouble de l'alimentation en souffre parce qu'elle «l'a cherché». FAUX

Ce sont des troubles mentaux qu'aucune personne ne choisit d'avoir. Ce sont des troubles qui provoquent une souffrance intense à la fois à la personne concernée et à son environnement familial. Ils ont toujours une origine multicausale où interviennent différents facteurs individuels, familiaux et sociaux.

L'anorexie est un régime « mal tourné ». FAUX

Parfois, l'anorexie peut survenir chez une personne qui était auparavant en surpoids, qui a décidé de suivre un régime et a développé un intérêt excessif sur la nécessité d'être mince, ce qui l'a amenée à restreindre encore plus son propre régime alimentaire. En même temps, il existe des personnes atteintes d'anorexie qui commencent à mettre en place des comportements de restriction alimentaire, d'auto-induction du vomissement ou d'exaspération de l'exercice physique, sans avoir effectué de régimes avant l'apparition du trouble.

Les troubles alimentaires ne concernent que les jeunes filles. FAUX

Bien qu'ils soient plus fréquents chez les femmes (9 cas sur 10 sont des femmes), ils touchent les deux sexes. De plus, ils sont diagnostiqués chez des personnes de tous les âges. Ce qui est commun, c'est que l'âge d'apparition de la maladie coïncide avec l'adolescence et, une fois qu'elle se manifeste, la maladie accompagne la personne jusqu'à ce qu'un traitement soit mis en place.

La boulimie et le trouble du binge eating sont un problème de volonté. FAUX

Lorsque l'on parle de boulimie et de l'hyperphagie, on parle de troubles mentaux caractérisés par le fait que la personne atteinte n'a pas la capacité de contrôler son alimentation. Il ne s'agit absolument pas d'un manque de volonté.

5.5

COMMENT INTERVENIR SUR LES TROUBLES DE L'ALIMENTATION DANS UN CONTEXTE ÉDUCATIF?

Les principaux domaines et les facteurs sur lesquels il faut travailler

[1] Dans le domaine de l'éducation, il est important de comprendre l'importance de l'estime de soi. La construction d'une solide **estime de soi** développe un facteur de protection important. Les personnes qui ont une bonne perception d'elles-mêmes et qui sont capables de faire face aux défis de leur propre vie de manière résiliente sont moins susceptibles de développer des troubles alimentaires. Le soutien social, comme le fait d'avoir des amitiés positives et stimulantes, contribue également à créer un environnement dans lequel la personne se sent acceptée et valorisée au-delà de sa propre apparence physique.

Enfin, **l'éducation sur les thèmes de l'image corporelle** est cruciale. Les programmes qui favorisent l'acceptation de la diversité des corps et qui encouragent l'éducation alimentaire peuvent aider à prévenir le développement de comportements dysfonctionnels. De cette façon, les personnes peuvent être mieux préparées à faire face aux pressions sociales et à maintenir une relation saine avec la nourriture et leur propre corps.

[2] À cet égard, certains facteurs **doivent être pris en compte**. Ils peuvent être regroupés comme suit :

- **Facteurs individuels :**

- Une bonne estime de soi.
- Une image corporelle positive.
- Fournir des outils pour développer un sens critique face aux stéréotypes de beauté diffusés par les médias et les informations sur les régimes miracles
- Un bien-être émotionnel.
- Une bonne adaptation scolaire (rendement et relation avec les pairs)
- Une assertivité.
- De bonnes compétences sociales.
- Des stratégies de résolution de problèmes et de gestion du stress.

- **Facteurs familiaux :**

- Appartenir à une famille qui ne donne pas trop d'importance au poids et à l'attrait physique, mais qui encourage une image corporelle positive, accepte les différences entre les personnes et respecte tout le monde, indépendamment de leur apparence physique.
- Consommer au moins l'un des principaux repas en famille : faire de l'acte de manger un moment social et familial.
- Renforcer l'estime de soi à la maison, c'est-à-dire, louer les enfants pour ce qu'ils sont et renforcer positivement leur propre personnalité et leurs propres capacités, plutôt que de se concentrer sur leur propre aspect physique.
- Promouvoir des habitudes alimentaires saines et un mode de vie sain. La famille doit être un modèle de santé pour les enfants.
- Encourager la communication en famille, écouter les opinions des autres, établir des espaces de communication avec les adolescents.
- Partager des activités de loisirs : faire du sport ensemble, des sorties culturelles, lire, regarder la télévision, surfer sur Internet, etc.

- **Facteurs socioculturels :**

- appartenir à une culture non occidentale qui accepte une diversité de formes et de dimensions corporelles.
- S'engager dans des sports ou des domaines qui valorisent autre chose que l'apparence physique ou la minceur.
- Relations sociales de soutien, où le poids et l'apparence physique ne sont pas une préoccupation importante.
- Refuser des idéaux esthétiques irréalistes qui peuvent mettre en danger la santé de nos enfants.
- Mettre en garde contre les contenus malveillants sur Internet et les réseaux sociaux : sites web et réseaux sociaux qui soutiennent l'anorexie et la boulimie comme mode de vie.

[3] Travailler avec les familles

- Évaluer la structure et le fonctionnement de la famille.
- Il est important d'identifier d'éventuelles variations dans le bon fonctionnement (familles désorganisées, règles stricts, mères très critiques de l'apparence physique, conflits familiaux, etc.)
- Il est nécessaire d'établir dès le départ un bon canal de communication avec la famille.
- Promouvoir la capacité et la volonté de collaborer au traitement.
- Les familles peuvent favoriser les facteurs d'entretien de la maladie.

Comment parler avec les familles?

Nous recommandons un *premier contact* des éducateurs avec les parents, au cours duquel sont abordées les questions suivantes : la rencontre avec l'enfant et le trouble alimentaire suspecté. Dans un second temps, il est conseillé d'inclure l'adolescent dans la rencontre.

Discussion concernant :

- Les problèmes actuels.
- L'importance du diagnostic et du traitement précoces.
- Les ressources sanitaires et sociales existantes.

En ce qui concerne les mineurs, si les parents refusent de parler, ou si d'autres signes de négligence sont observés, il convient d'envisager la possibilité d'informer les services sociaux.

Des aspects qui risquent de compliquer les relations au sein de la famille

- Le déni de la maladie.
- Les changements biologiques, psychologiques et sociaux qui interagissent pour maintenir le problème.
- L'isolement social.
- La protection excessive.
- L'absence d'accord avec les parents.
- La minimisation du problème.

[4] L'importance de l'environnement éducatif

Le rôle des éducateurs est crucial car ils entretiennent un contact direct et continu avec les populations à risque. Il y a trois tâches éducatives à prendre en compte :

- Identifier les signaux d'alarme et les cas possibles.
- Soutenir et accompagner tout au long du processus.
- Collaborer avec le/la jeune.

D'autre part, certaines précautions doivent être prises en compte:

- Les changements évidents.
- Les conséquences physiques et émotionnelles.
- Les relations avec la famille.
- Les proches doivent être informés.
- Si le/la jeune refuse de parler à ses parents, vous devez encourager la médiation.

Des recommandations pour l'accompagnement et le soutien

- Le principal obstacle, c'est la difficulté pour une personne de révéler ses propres symptômes. Par conséquent, l'empathie et le soutien perçus seront essentiels pour inciter une personne à expliquer ses propres peurs, ses propres préoccupations et ses propres comportements.
- Créer un climat de confiance et de soutien.
- Éviter de culpabiliser ou de pointer du doigt. Éviter un ton accusateur.
- L'éducateur, tout en étant en contact avec la famille, cherchera à ne pas être identifié comme un allié de la famille, mais comme quelqu'un qui se soucie de la santé et de la situation émotionnelle de la famille.
- Tenir compte de la méconnaissance de la maladie, de la tendance à nier l'existence du trouble et du manque de motivation au changement, particulièrement dans les phases initiales de la maladie.

[5] Comment travailler en groupe?

Travailler avec tous les jeunes sur les compétences suivantes :

- Participer aux tâches.
- Séparer la journée en différentes parties (études, loisirs, amis, etc.).
- Activités qui favorisent les compétences sociales et les relations interpersonnelles.
- Rechercher de nouveaux centres d'intérêts.
- Encourager l'autonomie personnelle et la prise de décision.
- Apprendre à verbaliser et à identifier les problèmes, les pensées et les sentiments.
- Stimuler la réflexion sur les comportements et les attitudes, ainsi que leur impact sur les autres.
- Encourager la spontanéité et parler de ses propres émotions.
- Encourager des règles plus souples et une estime de soi plus flexible.
- Éviter la manipulation et les mensonges comme moyen de communication.
- Promouvoir l'évaluation positive de leurs propres résultats.

[6] Les programmes de prévention pour les écoles⁸

Dans le cas des troubles de l'alimentation, les troubles de l'équilibre alimentaire sont des maladies à étiologie complexe, dont l'expression clinique varie d'une personne à l'autre. Dans des contextes où les populations à risque sont impliquées, il est essentiel de disposer d'une formation capable d'intervenir rapidement

Bien que l'approche psychothérapeutique soit un axe central du traitement, les interventions dans l'environnement scolaire et social de l'enfant sont déterminantes pour le pronostic de-maladie. Tous les modèles thérapeutiques reconnaissent une grande importance au rôle de la famille dans la guérison. C'est pourquoi il est essentiel de l'inclure dans le processus de récupération.

Il est recommandé que les **différents professionnels** impliqués (pédiatres, éducateurs, conseillers, psychologues, psychiatres, assistants sociaux, nutritionnistes, etc.) travaillent de manière coordonnée, avec des actions concertées, intégrées dans un plan thérapeutique commun.

Promouvoir un **environnement sûr**, sans jugement. et basé sur la confiance, constitue l'un des critères éducatifs fondamentaux, où les jeunes peuvent se sentir libres de discuter de leurs propres difficultés sans peur d'être stigmatisés. Les éducateurs doivent donc être formés pour reconnaître les signes précoces d'un trouble alimentaire possible, comme l'obsession pour le poids, l'évitement de certains aliments, ou des comportements anormaux tels que sauter les repas ou manger de manière compulsive.

Pour répondre aux besoins éducatifs, les actions de prévention peuvent inclure des **activités de sensibilisation et d'éducation émotionnelle**. Les éducateurs peuvent organiser des séminaires et des rencontres de formation où l'on discute de l'alimentation saine, mais surtout on aborde les thèmes liés à l'acceptation de son propre corps, de la gestion du stress et des émotions, et des pressions sociales liées à l'image corporelle. Ces rencontres doivent être structurées avec un langage adapté à l'âge des participants et doivent encourager l'interaction et la participation active des jeunes. En effet, il faudrait penser à des **programmes**, dont les contenus et les objectifs seraient les suivants :

- Habitudes saines – Sentiment critique par rapport aux valeurs esthétiques.
- Initiative, adaptation – acceptation, diversité.
- Contenus :
 - Habitudes alimentaires saines : pyramide alimentaire, variété, 5 fruits et légumes par jour, exercices quotidiens, fausses idées, assiette de Harvard, etc.
 - Impulsivité : résolution rationnelle des problèmes, maîtrise de soi.

⁸ Programmes nationaux (Espagne): ZARIMA, DITCA, AMEMC, autres, Programmes internationaux : Projet Corps, Santé des jeunes, Poids Santé.

- Médias: sens critique, influence sur ses propres goûts et ses propres idéaux, différenciation.
- Affirmation de soi : exprimer et respecter sa propre opinion.
- Perfectionnisme : risques, conséquences négatives.
- Beauté et image corporelle : les changements liés à la puberté, l'influence de notre propre image sur notre estime de soi, les changements de l'idéal de beauté au cours de l'histoire, la diversité, etc.
- Estime de soi : impact de l'estime de soi sur nos propres comportements, comment la préserver.

L'adaptation des méthodes d'enseignement aux besoins individuels des jeunes résulte crucial pour optimiser leur propre apprentissage. Chaque jeune vit sa relation avec la nourriture et avec son propre corps de manière unique, il est donc essentiel d'adapter les interventions en fonction des besoins individuels. Cela peut nécessiter l'utilisation d'instruments tels que des questionnaires et des entretiens individuels pour mieux comprendre le vécu et les besoins de chaque jeune. Par exemple, un questionnaire sur l'image corporelle peut inclure des questions qui explorent à quel point le jeune se sent influencé par les médias ou les attentes sociales et à quel point il se sent à l'aise avec son propre corps.



Les techniques pour travailler en profondeur sur les différents aspects liés aux troubles alimentaires

Outils pédagogiques et matériels utilisables

[1] Parmi les instruments à utiliser, les **questionnaires** peuvent être employés pour évaluer l'image corporelle des jeunes, ainsi que leur estime de soi et leurs habitudes alimentaires. Il existe des questionnaires standardisés (Body Image Questionnaire; Eating Attitudes Test) qui permettent de détecter les symptômes liés aux troubles alimentaires. Il est également possible d'utiliser des échelles d'auto-évaluation, comme l'échelle *Body Appreciation Scale*, qui mesure le degré d'appréciation de son propre corps. Ces outils peuvent être administrés périodiquement par des professionnels pour suivre l'évolution des perceptions chez les jeunes et pour détecter, de façon précoce, les signes de risque.

[2] Les fiches d'**auto-réflexion** constituent un autre outil utile, qui encourage les jeunes à réfléchir à leurs propres émotions et à leur propre relation avec la nourriture. Ces fiches peuvent inclure des questions telles que « Comment te sens-tu après avoir mangé ta nourriture préférée ? » ou « Que penses-tu de ton corps aujourd'hui ? ». Ces exercices sont essentiels pour développer une prise de conscience et pour comprendre le lien entre les émotions et l'alimentation.

[3] Les ressources audiovisuelles peuvent représenter un soutien précieux dans les activités éducatives. Les vidéos informatives abordant les troubles de l'alimentation, l'estime de soi et l'image corporelle peuvent stimuler le débat et rendre plus concrète la compréhension de ces phénomènes. Les éducateurs peuvent utiliser de courts documentaires, des vidéos de témoignages ou des animations qui expliquent, de manière simple et directe, ce que sont les troubles alimentaires et comment ils peuvent être traités.

[4] Enfin, il est recommandé de créer **un projet de sensibilisation** impliquant activement les jeunes dans la création de campagnes de prévention. Cela peut inclure la réalisation d'affiches, de dépliants ou de contenus numériques (comme les publications sur les réseaux sociaux) visant à promouvoir des messages de positivité corporelle et d'acceptation. Les jeunes, impliqués dans ces activités, apprennent non seulement à transmettre des messages positifs, mais aussi à renforcer également leur propre estime de soi et leurs propres capacités de communication.

Des outils pédagogiques et des tests

Pour compléter les activités, les éducateurs peuvent trouver et télécharger un éventail de supports pédagogiques et de tests en ligne. Par exemple, *The Body Image Workbook*, qui contient des exercices d'autoréflexion et des activités pour améliorer l'image corporelle, ou le *Manuel d'Éducation Alimentaire*, qui peut inclure des informations pratiques sur une alimentation équilibrée. En outre, il existe différents tests psychométriques validés, tels que l'*Eating Disorder Inventory (EDI)* ou le *Questionnaire de l'Estime de Soi* de Rosenberg, disponibles en ligne à des fins éducatives et de prévention. Ces outils aident à surveiller l'estime de soi et les comportements alimentaires.

Il est important de souligner que ces outils doivent être interprétés par des professionnels qualifiés et que leur bonne application nécessite une formation spécifique, pour garantir des résultats précis et significatifs.

Des ateliers d'Image Corporelle et d'Estime de soi

Dans ces ateliers, on travaille sur le concept d'estime de soi et d'image corporelle à travers des activités de réflexion et de discussion. Les objectifs principaux consistent à améliorer la perception de soi et d'encourager un dialogue ouvert sur les pressions sociales liées à l'apparence physique.

[1] Exercice du miroir. Les participants sont invités à se regarder dans le miroir et à décrire trois aspects de leur apparence qu'ils apprécient. Ensuite, une discussion de groupe sera organisée sur la façon dont ils ont choisi ces aspects et sur les émotions qu'ils ont ressenties. Cet exercice permet aux jeunes de se concentrer sur les aspects positifs de leur corps et de développer un langage d'appréciation envers eux-mêmes.

[2] Activités de collage. Les jeunes sont invités à réaliser un collage à partir de découpes de magazines et d'images qui représentent pour eux une image saine et réaliste du corps. Par la suite, ils analysent ensemble les collages, en mettant en évidence les différences entre le corps idéal imposé par les médias et une image de corps réelle et saine. Cet exercice favorise une prise de conscience critique des messages médiatiques.

Des groupes de discussion et de partage

Les groupes de discussion sont utiles pour encourager les jeunes à parler ouvertement de leurs propres expériences et de leurs sentiments concernant la nourriture et leur corps. Les éducateurs peuvent faciliter les conversations, en posant des questions qui stimulent la réflexion et la confrontation.

[1] Questions-guides pour le groupe de discussion. Voici quelques exemples de questions à poser : “ Quels sont les principaux facteurs qui influencent ta façon de voir ton corps?”, “Que penses-tu de ton apparence physique ou de ta façon de manger?”, “Comment les commentaires des autres sur ton corps te font-ils sentir?”. Ce type de discussion aide à normaliser certaines préoccupations et à faire comprendre que de nombreux participants partagent les mêmes difficultés.

[2] Activité d'écoute active. Chaque participant est invité à partager une expérience ou une réflexion, pendant que les autres écoutent en silence, sans donner de jugement. Après chaque intervention, les participants peuvent poser des questions ou partager leurs propres réflexions de manière respectueuse. Cette technique de l'écoute active favorise un environnement d'écoute et de soutien mutuel capable d'améliorer la communication et les relations interpersonnelles.

Des jeux de rôle pour la gestion des émotions

Le jeu de rôle est une excellente technique pour aider les jeunes à explorer leurs sentiments et à développer des stratégies pour faire face à des situations de stress ou de pression sociale.

[1] Simulation d'une conversation difficile. Les éducateurs peuvent créer des scénarios dans lesquels les jeunes doivent faire face à des situations stressantes, comme répondre à un commentaire négatif sur leur propre corps ou dire « non » à des pressions extérieures pour perdre du poids. Les jeunes sont invités à jouer les rôles, en alternant celui de la personne qui fait le commentaire et celui de la personne qui répond. Après chaque simulation, une réflexion est menée sur les sentiments ressentis et sur des réponses alternatives possibles. Ce type d'activité aide à développer des compétences sociales et à renforcer la résilience émotionnelle.

[2] Exercices de restructuration cognitive. Il faut introduire le concept de «pensées automatiques négatives» (comme “Je ne suis pas assez mince” ou “Je ne vauds rien”) et travailler sur leur transformation. Par exemple, il faut demander aux participants d’écrire une pensée négative, puis la remplacer par une pensée alternative plus positive et réaliste (“Mon corps va bien tel qu’il est” ou “Ma valeur ne dépend pas de mon apparence). Cela aide à réduire l’autocritique et à promouvoir une mentalité plus positive.

Des ateliers d’éducation alimentaire et de sensibilisation nutritionnelle

Développer une relation saine avec la nourriture, signifie accueillir tous les aliments, en évitant les règles restrictives et les comportements compulsifs. Les éducateurs peuvent introduire le thème de l’alimentation consciente à travers des activités pratiques.

[1] Simulation d’achats conscients. Il s’agit d’une activité au cours de laquelle les jeunes simulent des achats au supermarché, où ils doivent sélectionner une série d’aliments équilibrés. Par la suite, ils discutent de leurs choix, en parlant de la valeur nutritive et de l’importance de la variété alimentaire. Cela aide les jeunes à faire des choix éclairés et à comprendre l’importance d’une alimentation équilibrée.

[2] Atelier de cuisine : Pendant l’atelier, les participants préparent ensemble des repas simples et nutritifs. Pendant la préparation, l’éducateur parle des groupes alimentaires, de l’importance des portions et du plaisir de manger ensemble de manière détendue. Cette activité donne l’idée d’une alimentation saine et équilibrée plus concrète, tout en favorisant le plaisir de manger sans anxiétés ni restrictions.

Des ateliers d’Art-Thérapie et d’Écriture

Des techniques artistiques telles que le dessin, la peinture ou l’écriture peuvent aider les jeunes à explorer leurs émotions. Elles leur permettent d’expliquer leurs sentiments de manière créative et moins directe.

[1] Dessiner son propre «Moi idéal et Moi réel». Tu dois demander aux jeunes de dessiner sur deux feuilles différentes, l’image d’eux-mêmes qu’ils voient réellement et l’image d’eux-mêmes qu’ils aimeraient avoir. Ensuite, il faut analyser les différences entre les deux images et discuter des raisons pour lesquelles ces différences existent. Cela aide les participants à explorer l’écart entre leur corps réel et leur image idéale, en mettant en évidence l’influence des attentes sociales.

[2] Écriture émotionnelle. Les éducateurs peuvent proposer d'écrire une lettre à soi-même ou à son propre corps, en exprimant des sentiments de gratitude ou en explorant des émotions douloureuses liées à l'aspect physique. Par exemple, la lettre pourrait commencer par «Cher corps, je veux te remercier pour... » ou «Cher corps, j'aimerais que tu saches que... ». Cette activité aide à développer un dialogue plus compatissant envers son propre corps.

Projets de sensibilisation

Il faut impliquer les jeunes dans des projets de sensibilisation, leur permettant ainsi de réfléchir sur ce qu'ils ont appris et de transmettre des messages positifs à l'extérieur.

[1] Campagne de positivité corporelle. En ce sens, les jeunes peuvent concevoir des affiches, des vidéos ou des contenus pour les réseaux sociaux pour promouvoir l'acceptation du corps et la diversité corporelle. Au cours de la conception, ils travaillent sur des messages d'inclusion et analysent les moyens de lutter contre les messages toxiques des médias.

[2] Journées d'information. Les éducateurs peuvent organiser des journées de sensibilisation sur les troubles alimentaires et la positivité corporelle, un mouvement social axé sur la lutte contre les moqueries liées au corps, en promouvant l'acceptation de tous les aspects physiques indépendamment de la taille, de la forme, de la couleur de la peau, du genre et des aptitudes physiques, et en contestant les standards de beauté en tant que construction sociale à abandonner. Les jeunes participent activement à des rencontres, des débats et des présentations. Dans ce contexte, des experts tels que des nutritionnistes ou des psychologues peuvent être invités, pour approfondir le sujet et répondre aux questions.





CHAPITRE

6

Les dépendances comportementales

6.1

COMMENT RECONNAÎTRE LES DÉPENDANCES COMPORTEMENTALES?

Toute addiction cache une grande insatisfaction

[1] Il y a encore quelques décennies, **le concept de dépendance était uniquement lié à la consommation de drogues**, mais ces dernières années, le phénomène de dépendances ne correspond pas à la consommation de substances psychoactives, mais, par exemple, à l'usage excessif des jeux vidéo. Ces consommations sans substances ont commencé à faire l'objet d'études et d'interrogations dans les consultations cliniques :

- Utilisation excessive de jeux vidéo.
- Achat compulsif.
- Jeux d'argent et de hasard.
- Dépendance sexuelle.
- etc.

Les dépendances sont définies comme **la perte de contrôle** sur un comportement qui engendre l'apparition de conséquences négatives et l'incapacité à résister à l'impulsion de commettre un acte nuisible. De plus, l'exécution de ces comportements génère une diminution de l'anxiété ou une sensation d'euphorie, générant **un niveau élevé d'interférence** dans toutes les sphères de la vie au quotidien de la personne.

Ces dépendances sont connues sous le nom de **dépendances comportementales** (en anglais, *Behavioral Addictions*, BA). En principe, il s'agit d'activités humaines agréables et inoffensives, mais selon leur utilisation et dans certaines circonstances, elles peuvent conduire à :

- **Une perte de contrôle de soi.** Nous perdons le contrôle sur le comportement ou sur l'activité problématique, tout en sachant que cela peut avoir des conséquences négatives sur la personne. (problèmes familiaux, sociaux, économiques, académiques, professionnels, juridiques...).
- **Une dépendance.** À l'action ou au comportement : la personne a besoin d'exécuter de plus en plus l'action pour obtenir l'effet qui avait été atteint à l'origine.
- **Une interférence dangereuse dans la vie quotidienne.** Entraînant l'abandon des activités qui étaient auparavant agréables (par exemple, un enfant qui est « accroché » à un jeu vidéo peut arrêter de sortir avec ses amis, arrêter de jouer au football, etc.)
- **L'abstinence.** La personne est incapable de contrôler son malaise (nervosité, irritabilité, etc.) quand elle essaie d'abandonner l'exécution d'une habitude problématique.

Bien que la demande de traitement soit de plus en plus fréquente lors des consultations cliniques, le principal manuel diagnostique des troubles de la santé mentale (DSM-5) ne reconnaît que les troubles du jeu (jeu d'argent et de hasard) et la dépendance aux jeux vidéo en ligne en tant que tels.

Il convient de remarquer que, bien que la communauté scientifique soutienne l'existence de dépendances comportementales, il existe actuellement un débat ouvert sur certains points, comme par exemple le fait que la généralisation de l'utilisation de ce concept pourrait mener à **une organisation excessive des activités quotidiennes effectuées en excès**. Ainsi, il y a deux éléments clés pour considérer un comportement comme un comportement pathologique et, par conséquent, comme un trouble :

- Lorsque ce comportement s'accompagne d'une altération du fonctionnement quotidien de la personne.
- Lorsque ce comportement persiste dans le temps.

Prévalence

[1] Plusieurs rapports ont montré **une augmentation des dépendances comportementales pendant et après la pandémie**. Plus de 1,1 million de personnes de moins de 35 ans seraient à risque élevé de dépendance aux réseaux sociaux, les plus jeunes étant les plus exposés aux pièges comportementaux du Web, représentant près de 40% du total. C'est ce qui ressort d'une étude de Demoskopika qui, en utilisant la *Bergen Social Media Addiction Scale*, a détecté certains comportements préoccupants : du besoin d'utiliser de plus en plus fréquemment les réseaux sociaux, à l'incapacité de cesser de les utiliser. De plus, l'absence d'utilisation des réseaux sociaux peut provoquer des comportements anxieux et agités. Par ailleurs, leur usage excessif contribue à une réduction des heures consacrées aux études et au travail.

L'analyse des chercheurs de Demoskopika fait apparaître une relation inversement proportionnelle entre l'âge des jeunes et l'incidence du niveau de risque élevé de dépendance aux réseaux sociaux. En d'autres termes, à mesure que l'âge diminue, les facteurs comportementaux préoccupants augmentent. En particulier, les très jeunes, âgés de 18 à 23 ans, qui appartiennent à la catégorie « Forte Dépendance », indiquant un risque élevé de dépendance pathologique, seraient plus de 430 000, soit 38% du total, suivis par les 390 000 individus âgés de 24 à 29 ans (34,5%) et, enfin, les moins de 35 ans « plus adultes » (30-35 ans) qui dépasseraient de peu les 300.000 personnes plus exposées.

[2] Quelques caractéristiques :

- Les médias sociaux battent les amis : 85,7% contre 36,6%.
- Le record : Instagram est en tête sur tout le monde.
- La consommation sociale expose un jeune sur dix à un risque élevé de soumission face aux influences extérieures.
- La haine sur le net : la condamnation prédomine (81,6%), mais les justiciables se font entendre (40,6%).

6.2

LA TYPOLOGIE DES DÉPENDANCES COMORTEMENTALES

Les différents visages des dépendances comportementales

[1] Une première réflexion porte sur les dépendances comportementales **dans les environnements numériques**. Quel est le rapport des enfants et des adolescents avec les nouvelles technologies ? Quelle est la différence entre une utilisation excessive, une utilisation problématique et une dépendance ? Que pouvons-nous faire pour les prévenir dans le parcours éducatif, familial et social ? Quel est le traitement le plus ap-

propriété dans ces cas ? Nous souhaitons apporter des réponses à ces questions et à d'autres que nous pouvons nous poser quand nous parlons des dépendances comportementales qui, chez les enfants et les adolescents, se manifestent dans la plupart des cas dans des environnements numériques.

L'utilisation des appareils mobiles et d'Internet présente de nombreux aspects positifs, mais une utilisation abusive peut entraîner des problèmes de santé, une mauvaise qualité du sommeil, des difficultés dans les interactions face à face et même une baisse des performances scolaires.

Au cours des dernières décennies, la diffusion des technologies numériques a entraîné de grands changements dans la société et leur intégration rapide dans la vie quotidienne a révolutionné notre façon de nous comporter. Cette connectivité a conditionné la façon dont nous nous présentons socialement et nous interagissons avec les autres, ainsi que le traitement de l'information, la mémorisation, les processus d'apprentissage et même les mécanismes classiques de participation avec notre environnement. L'une des principales préoccupations demeure l'impact que toute cette réalité a eu sur les enfants et les jeunes.

[2] Alors que dans les années passées, l'utilisation de ces technologies était associée aux appareils et à la possession de profils sur les réseaux sociaux numériques comme un rite de passage à l'adolescence – qui, en même temps, coïncidait avec l'entrée au collège –, **leur utilisation devient de plus en plus précoce** et fait désormais partie de la vie quotidienne des garçons et des filles.

Cette génération grandit avec ces dispositifs, les considérant comme des éléments naturels et omniprésents depuis la minute zéro de leur vie. De cette façon, le *smartphone* ou même la connexion à Internet deviennent des éléments essentiels des mécanismes de la vie quotidienne, leur offrant une logique complémentaire au monde physique, face à face. Nous observons également des différences liées au genre : chez les garçons, l'utilisation des écrans est associée aux activités de loisirs, tandis que chez les filles, elle est davantage liée à leurs fonctions relationnelles et à leurs conversations.

[3] Les enfants et les adolescents utilisent des appareils technologiques très puissants, de préférence portables et toujours connectés, qui sont en même temps multifonctionnels : conversation, stockage d'images, agenda et organisation, jeux, messagerie, devoirs à la maison, etc. Et, bien que le marché soit très dynamique et impose constamment de nouvelles formules, il existe des applications 'stars' : Instagram, Tik-Tok et Youtube ont fini par s'imposer comme des canaux habituels. D'autre part, **ils sont connectés en permanence** (24 heures par jour, sept jours par semaine). Par conséquent, dans un monde où l'hyperconnectivité est omniprésente, l'un des défis consiste à définir la déconnexion et la disponibilité.

Le smartphone ou la connexion à Internet sont en train de devenir un mécanisme quotidien, qui fournit une logique complémentaire au monde physique, face à face.

[4] De cette façon, de nouvelles dimensions se façonnent (de nouvelles formes de connaissance), des tendances et de nouvelles influences se construisent (de marché, professionnelles, référentielles, etc.) qui deviennent de nouveaux « réceptacles » (de malaise, de gestion du temps, etc.) et de nouvelles sources de relation, de divertissement et de gestion de la vie quotidienne (avec toutes ces ramifications).

Avec l'âge, dans leur propre développement en tant que personnes, le numérique « remplit » plusieurs fonctions : exister (j'existe) l'existence, participer (dans les groupes et socialement) la participation sociale, être informé (apprendre et découvrir) l'apprentissage ; communiquer (interagir) la communication, se reconnaître (en étant aimé, parmi d'autres possibilités) et être reconnu (en étant aimé, en nous validant) la reconnaissance. Dans cette démarche, ils racontent leur propre histoire (ils se narrent) et deviennent auteurs et protagonistes de leur propre vie grâce à l'auto-narration).

En même temps, la possibilité de faire plusieurs choses simultanément est perçue comme étant normale. Par exemple, étudier tout en contrôlant son téléphone portable. Malgré cette prétendue capacité de multitâche, l'agilité à passer d'une tâche à l'autre ne doit pas être confondue avec la capacité à maintenir une attention profonde.

[5] En conclusion, une augmentation des conséquences négatives et problématiques a été observée. conséquences associées à **une utilisation excessive de certaines applications**, telles que le malaise émotionnel, l'isolement à la maison ou la présence d'autres comportements à risque. Dans la pratique clinique, les services de santé mentale pour les enfants et les adolescents, ont observé une augmentation progressive des demandes de traitement pour l'usage abusif de ces environnements (sans qu'il soit clair si le problème réside dans les dispositifs, les réseaux sociaux, les jeux vidéo, etc.). Les préoccupations les plus récurrentes des professionnels et des éducateurs sont :

- **Les conséquences d'une utilisation excessive** et d'une éventuelle dépendance.
- **La réduction du temps** consacré à d'autres activités, y compris les interactions en face à face. D'une part, *l'usage excessif correspond à un usage qui dépasse en fréquence et en intensité* ce qu'il est raisonnable d'attendre compte tenu de l'âge et du temps. Il s'inscrit dans une logique beaucoup plus comportementale et épisodique, où des aspects tels que les horaires, les limites et les règles sont les principaux régulateurs. Ils sont généralement liés au sentiment d'ennui de la personne ou à la relation *en ligne* avec des amis connus. D'autre part, *l'usage problématique est dû à un problème lié à une action plus spécifique*, pas nécessairement en fonction du nombre d'heures d'exposition sur Internet, mais pour son propre impact sur la qualité des relations et sa propre identité personnelle : cyberintimidation, problèmes relationnels, etc.
- **L'impact sur des aspects fondamentaux tels que l'exercice physique et le sommeil.** Bien que les relations de cause à effet entre la santé, le poids, l'humeur et l'image corporelle soient encore en cours de développement, les études suggèrent des corrélations possibles entre ces éléments.

- **Le contrôle de l'accès** et de la visualisation de certains contenus, particulièrement pertinents pour les « nouvelles » pornographies.
- Les nouvelles représentations de l'**intimidation scolaire**.
- Les nouveaux médias pour certains **problèmes comportementaux** : jeux d'argent, dépendance au jeu sexe, etc.
- L'impact avec **les comorbidités psychiatriques et psychologiques**, et les risques liés à la surexposition.
- Les aspects liés à la **confidentialité** et à la **sécurité**.

[6] Pour conclure, parlons du trouble du jeu d'argent compulsif. Malgré une large acceptation des dépendances comportementales par la communauté scientifique, seul le trouble du jeu compulsif (avec les jeux d'argent) a été inclus sous la même catégorie que les dépendances aux substances dans la dernière version du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM-5*.

Parmi les soi-disant « dépendances technologiques », seul le trouble du jeu en ligne a jusqu'à présent, mérité d'être inclus dans ce manuel, en particulier dans l'annexe consacrée aux « Troubles qui nécessitent des recherches plus poussées ».

D'autre part, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans la *Classification internationale des maladies (CIM-11)* (2019) inclut pour la première fois le trouble du jeu dans la section « Troubles mentaux, comportementaux ou du neurodéveloppement », juste après le troubles du jeu compulsif. En effet, dans cette conceptualisation, l'OMS a officiellement inclus, le 1er janvier 2022, le trouble de la dépendance aux jeux vidéo dans la présentation de ce manuel.

Les causes des dépendances

[1] Une augmentation des conséquences négatives et problématiques associées à l'usage excessif de certaines applications a été observée : détresse émotionnelle, isolement à la maison ou présence d'autres comportements à risque. Les données expliquent la présence de deux perspectives principales : d'une part, les troubles extériorisés (comportementaux) ou les troubles intériorisés (affectifs et anxieux). D'après cette expérience, il est clair que pour ces derniers troubles, l'environnement numérique joue un rôle de « refuge » ou de « soupape de décompression » : l'anxiété sociale, la dépression et la solitude émotionnelle émergent comme les principaux facteurs explicatifs « Le garçon ou la fille utilise Internet comme un **mécanisme d'auto-efficacité pour compenser les manques ou les situations vécues négativement**.

[2] Par conséquent, si nous partons de l'hypothèse que la dépendance – qu'il s'agisse des jeux vidéo, des réseaux sociaux, etc. – répond à plusieurs critères qui la classent comme un trouble à part entière, l'environnement numérique et l'usage spécifique qui y est associé deviendraient un élément causal dans l'apparition de certains problèmes. En même temps, s'il existe un trouble sous-jacent conduisant à une utilisation

problématique d'Internet, cela deviendrait un symptôme d'une autre psychopathologie ou d'un problème de santé mentale qui le précède (isolement, manque de relations sociales, difficultés de communication). Il n'est pas exclu qu'avec le temps, **le modèle de la «pathologie duale»**, bien connu dans le domaine de la toxicomanie, puisse également s'appliquer à d'autres formes de dépendances, les troubles de la santé mentale et le trouble de la dépendance à Internet s'influencent mutuellement tout au long de leur propre développement. Cela sera particulièrement important, parce qu'il est très probable que le symptôme finisse par s'effondrer et devienne suffisamment important pour devoir être traité séparément».

[3] Le trouble de dépendance lié à Internet devient une question complexe. S'il est vrai qu'il existe de nombreux exemples d'utilisation problématique (notamment en termes de dépendance), il existe encore **différents points de vue sur ce qui constitue ou non un comportement de dépendance associé à son usage**. Il y a un certain consensus sur des concepts tels que l'usage excessif, la dépendance ou l'accoutumance, mais il faut travailler davantage pour comprendre si ces problèmes deviennent une cause ou un symptôme d'un trouble sous-jacent.

Même si socialement, nous vivons avec des discours qui oscillent entre la normalisation absolue et la relation pathologique – il est important de souligner que tous les excès ne mènent pas à la dépendance, et que toutes les dépendances ne sont pas exclusivement liées à d'une utilisation excessive.

Il y a un certain consensus sur des concepts tels que la surconsommation, la dépendance ou l'accoutumance, mais il est nécessaire d'aller plus loin pour comprendre si ces problèmes deviennent une cause ou un symptôme d'un trouble sous-jacent».

6.3

LES SIGNES AVANT-COUREURS DES DÉPENDANCES COMPOURTEMENTALES

[1] En général, la dépendance apparaît comme un processus plus ou moins graduel allant des premiers contacts sporadiques, dans lesquels la personne expérimente des aspects agréables qui favorisent la répétition (renforcement positif) jusqu'à la nécessité d'exécuter le comportement plusieurs fois pour soulager la détresse (renforcement négatif).

Il est également important de prendre en compte la phase de développement de l'évaluation. En effet, à certains moments, il y a naturellement des changements dans les relations avec les pairs et avec la famille et même dans les routines quotidiennes, comme les habitudes de sommeil. Dans ce sens, dans les premiers stades de tout processus, il peut être **difficile de distinguer entre le comportement normal de l'adolescent et celui qui est causé par une dépendance naissante**.

[2] Ainsi, les signes avant coureurs, dans ce cas, sont **de petits changements de comportement que l'adolescent incorpore** de manière subtile mais continue et qui, à un certain moment, passent du statut de comportements inhabituels et justifiables, tant pour lui/elle que pour son entourage, à celui de comportements qui ne le sont plus. Certains de ces indicateurs, qui doivent être récurrents et soutenus dans le temps, sont :

- **Altération du rythme du sommeil**, due à un changement des habitudes de sommeil et à une diminution du nombre d'heures de sommeil pour favoriser le comportement de dépendance. Par exemple, rester connecté la nuit, se coucher tard, difficulté à s'endormir. se lever le matin.
- **Altération du modèle d'appétit**. Mange vite et mal pour économiser Il peut même sauter des repas.
- **Moins d'attention à l'hygiène**. Il doit se rappeler les habitudes d'hygiène de base qu'il/elle faisait avant (se brosser les dents, prendre une douche, changer de vêtements).
- **Négliger les aspects importants de sa vie**, en raison de l'augmentation du temps consacré au comportement de dépendance ou à sa préparation. Perte de la notion du temps.
- **Changement de style de loisirs**, changement d'intérêts, changement d'environnement.
- **Perte d'amis ou perte d'intérêt à les voir en personne**. Avoir des amis uniquement en ligne.
- **Irritabilité** Elle se manifeste lorsqu'il est incapable de réaliser le comportement de dépendance ou il peut rester inactif, allongé au lit pendant des heures et des heures.
- **Humeur fluctuante** et tendance à la tristesse. Il n'est pas très communicatif, se replie sur lui-même, se sent gêné quand nous lui posons des questions sur sa propre vie de tous les jours.
- **Altération des résultats scolaires**, absentéisme scolaire, augmentation des comportements non collaboratifs ou de réprimandes, augmentation des échecs et des expulsions de cours.
- **Demande de produits ou applications ayant un coût économique**. Il peut voler, généralement de petites sommes d'argent, surtout aux membres de sa propre famille.
- **Forte concentration ou excitation pour l'activité qui génère la dépendance, ne répondant pas** aux stimuli externes. Par exemple, il ne répond pas lorsque nous l'appellons, il élève la voix ou utilise un langage scabreux lorsqu'il interagit avec l'écran.
- **Commencer à voler**, généralement de petites sommes d'argent, en particulier aux membres de sa famille.

Dans ce contexte, pour identifier ces signaux verbaux et non verbaux, nous pouvons nous poser les questions suivantes:

- Qu'est-ce qui nous préoccupe ?
- Que voyons-nous quand ils interagissent, que nous ne voyons pas à la maison ?
- Quels sont les changements qui ne sont pas logiques ?
- Quelles attitudes peuvent faire partie de l'adolescence et lesquelles ne le sont pas ?
- S'agit-il d'une expérience défavorable, d'un malaise passager ou d'un mode de fonctionnement désormais établi ?

6.4

LES PRINCIPAUX MYTHES ET FAUSSES CROYANCES SUR LES DÉPENDANCES COMPORTEMENTALES

Les dépendances comportementales ne sont pas de véritables dépendances, parce qu'elles n'impliquent pas les produits chimiques. FAUX

Les dépendances comportementales (telles que le jeu pathologique, l'achat compulsif ou la dépendance aux réseaux sociaux) activent les mêmes circuits de récompense dans le cerveau des dépendances aux substances. La dopamine et d'autres neurotransmetteurs jouent également un rôle crucial dans ces formes de dépendance.

Les personnes souffrant de dépendances comportementales peuvent arrêter quand elles le veulent, il suffit d'un peu de volonté. FAUX

Comme pour les dépendances aux substances, les dépendances comportementales entraînent une perte de contrôle et des altérations neurologiques qui rendent difficile l'arrêt de ces comportements sans aide. La force de volonté seule bien souvent, n'est pas suffisante.

Seules les personnes qui ont des problèmes économiques ou sociaux développent des dépendances comportementales. FAUX

Les dépendances comportementales peuvent toucher n'importe qui, indépendamment de la classe sociale, de l'âge ou du niveau d'éducation. Elles sont influencées par une combinaison de facteurs génétiques, environnementaux et psychologiques.

Les dépendances comportementales n'ont pas de conséquences aussi graves que celles qui sont liées aux substances. FAUX

Les dépendances comportementales peuvent avoir de graves conséquences sur la vie des personnes, y compris des problèmes financiers, des difficultés relationnelles, la perte d'emploi et la détérioration de la santé mentale.

Les dépendances comportementales ne sont que des modes passagères liées à notre époque. FAUX

Bien que certaines dépendances (comme celles qui sont liées à la technologie) soient plus évidentes aujourd'hui, les mécanismes sous-jacents des dépendances comportementales sont enracinés dans la neurobiologie et le comportement humain, et ont toujours existé.

Les interventions éducatives et de soutien pour développer les compétences sociales et comportementales

La période de l'enfance et de l'adolescence sont des périodes fondamentales dans la maturation et dans l'évolution des individus. Ces cycles de vie sont particulièrement vulnérables au développement de problèmes de dépendance, qu'ils soient liés à la fois aux substances et aux comportements.

Les dépendances comportementales impliquent une dépendance qui affecte la vie quotidienne de la personne concernée, sur laquelle elle perd le contrôle. Cette dépendance existe, lorsque le jeu ou l'utilisation d'Internet ou les jeux vidéo deviennent prioritaires par rapport à des situations jugées comme plus importantes pour le jeune. Leur utilisation devient prioritaire et est associée à de graves conséquences pour la personne et son propre environnement.

Le débat sur l'utilisation des technologies numériques, sur **les problèmes qu'elles engendrent et sur la manière de les aborder, est permanent** et suscite des inquiétudes dans la société. Utilisons-nous ces dispositifs de manière correcte ? Tous les changements de comportement qui se produisent sont-ils normaux ? Qu'est-ce que nous entendons par usage normal, mauvais usage ou usage excessif ou problématique ?

[1] D'une manière générale, certains facteurs de lutte **contre les dépendances aux substances ou les dépendances comportementales chez les jeunes sont les suivants :**

- Maintenir un mode de vie sain (alimentation équilibrée, sommeil suffisant, activité physique régulière) et adopter de bonnes habitudes pendant son temps libre.
- Des relations saines avec des adultes de référence.
- Faciliter les réseaux communautaires pour que les jeunes bénéficient d'un soutien adéquat à leurs propres besoins.
- Utiliser et gérer de façon raisonnable les technologies et promouvoir un usage équilibré et responsable de son temps libre.
- Formation aux compétences sociales et sensibilisation aux conséquences de la consommation des drogues.
- Établir des limites claires et appliquer la discipline de manière consciente dans l'éducation des jeunes.
- Offrir des options motivantes et saines pour les loisirs.
- Promouvoir des valeurs positives dans la société.

- Égalité d'accès aux ressources et aux services.
- Appartenance à une communauté et création de liens sociaux forts.

[2] Les émotions sont des réactions subjectives à l'environnement. Il est crucial d'apprendre aux jeunes à exprimer, à traiter, à réguler et à canaliser correctement leurs propres émotions, un processus continu tout au long de leur développement. **Il faut promouvoir une bonne éducation émotionnelle.** Toute la famille et les éducateurs doivent apprendre à exprimer leurs propres sentiments et à être cohérents avec leur façon de ressentir et d'agir :

- **Faire preuve d'empathie** : se mettre à la place de l'enfant ou de l'adolescent, essayer de comprendre son propre point de vue, même si nous ne le partageons pas.
- **Renforcer leur estime de soi.** Créer des attentes positives et de la confiance, et les encourager à atteindre leurs objectifs, en valorisant l'effort et la persévérance.
- **Leur enseigner des moyens d'expression positifs.** A travers une communication assertive, en respectant leurs droits sans violer ceux des autres.
- **Consacrer du temps à la création de liens affectifs.** Exprimer nos propres sentiments et notre affection. Personne n'est jamais assez grand pour dire à quelqu'un que nous l'aimons.

[3] **La dépendance aux jeux vidéo ou à Internet** reconnaît l'existence d'une problématique complexe qui nécessite des approches différentes pour en venir à bout. D'abord, la prévention est essentielle, car elle implique la promotion des attitudes et des habitudes saines dans les différents domaines de la vie de nos propres enfants, et cela commence par la révision de notre rôle de modèles. Voici quelques recommandations générales :

- **Nous sommes des modèles.** Les enfants apprennent principalement par imitation. Utiliser les nouvelles technologies de manière responsable, communiquer, se faire voir tout en s'amusant avec d'autres activités.
- **Établir des règles claires pour réguler l'utilisation des écrans en fonction de l'âge.** Établir un horaire, choisir des contenus appropriés, utiliser des filtres de contrôle parental. Impliquer toute la famille dans l'élaboration de règles aidera à améliorer la maîtrise de soi et la coparticipation.
- **Temps à passer en famille.** Favoriser des moments de loisirs sans écrans. Cela améliore la cohésion familiale et constitue un facteur de protection pour notre propre santé générale (activité physique, culturelle ou sociale).
- **Une alphabétisation numérique urgente.** Se tenir au courant des technologies informatiques permet de mieux connaître ses propres enfants, d'en savoir plus sur leurs risques et leurs potentiels et de pouvoir mieux les accompagner dans leur utilisation (protection des données, responsabilité et respect dans les réseaux sociaux).

- **Encourager le dialogue et l'esprit critique.** Aide à prendre de meilleures décisions et à partager les doutes ou les problèmes qui pourraient surgir.
- **Détecter rapidement que «quelque chose ne va pas»** permet d'arrêter la spirale infernale et de réorienter la situation. Si des signes avant-coureurs sont détectés, il faut demander conseil à l'école, dans un centre de soins primaires ou dans un centre spécialisé.

Les stratégies de travail préventif sur les différents aspects liés aux dépendances

[1] Des conseils pour prévenir la dépendance au sein de la famille

La prévention est comprise comme un ensemble organisé de stratégies visant à anticiper l'émergence d'un comportement de dépendance. Ces interventions visent à réduire les facteurs de risque et à augmenter les facteurs de protection contre ces comportements. Cet objectif est atteint grâce à l'application de différentes stratégies, mises en œuvre dans des domaines différents et à trois niveaux, en fonction de la population cible à laquelle elles sont destinées :

- **Prévention universelle.** Destinée à l'ensemble de la population, c'est-à-dire qu'il s'agit de la prévention la plus générale.
- **Prévention sélective.** Prise en charge des populations à risque.
- **Prévention indiquée.** Prise en charge de la population qui a déjà le problème.

La famille (ou les adultes, les tuteurs ou l'environnement dans lequel ils vivent) constitue un élément clé dans l'éducation numérique des enfants et des adolescents. Éduquer, c'est accompagner, guider, diriger, protéger... Leur rôle dans ce nouveau contexte reste essentiel pour les accompagner dans leur parcours numérique. C'est un défi qui, toutefois, demande du temps et du dévouement.

Nous partons des valeurs de la **parentalité positive à l'ère du numérique**. Selon la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, il s'agit d'un « comportement parental fondé sur l'intérêt supérieur de l'enfant, qui est attentionné, bienveillant, non violent, et qui offre reconnaissance et conseils, y compris la fixation de limites permettant à l'enfant de se développer au maximum selon ses propres capacités ». Les parents ont la responsabilité fondamentale d'éduquer leurs enfants, de faciliter leur développement et de veiller à leurs intérêts; par conséquent, le bien-être et le développement de l'enfant doit être la priorité.

Sur cette base, il est conseillé de :

- **Montrer l'exemple.** Les enfants apprennent par imitation, il est donc important d'être **cohérent** entre ce que nous faisons et ce que nous disons. Albert Einstein a dit : *Montrer l'exemple n'est pas le principal moyen d'influencer les autres, c'est le seul moyen.* La famille doit être un modèle d'utilisation responsable des TIC (Technologies de l'Information et de la Communication).
- **Établir des règles et des limites**, cohérentes et adaptées à leur âge. Limiter le temps, l'utilisation des écrans et le lieu où se déroule l'activité. Comment ?
 - Encourager les moments de déconnexion : ne pas utiliser les appareils électroniques pendant les repas (profitez de ces espaces pour discuter avec eux) ni avant de se coucher, car ils stimulent l'activité mentale et rendent le sommeil difficile.
 - Donner la priorité aux espaces communs de la maison pour l'utilisation des appareils et essayer de les partager.
 - Rationaliser le temps d'utilisation en donnant la priorité aux responsabilités et aux obligations quotidiennes : académiques, domestiques, etc.
- **Promouvoir une communication positive entre parents et enfants.** Il est essentiel d'établir une bonne communication avec les enfants, pour qu'ils nous racontent leurs propres «histoires», mais cette communication doit être bidirectionnelle et réciproque :
 - Écouter les enfants avec intérêt, « avec leurs yeux », avec une écoute active, en tenant compte et en respectant leurs propres opinions.
 - Trouver des espaces et des opportunités pour engager une conversation.
- **Encourager l'esprit critique.** Leur apprendre à décrypter les informations et à identifier leurs sources. Tout ce qui est publié sur Internet n'est pas forcément vrai et précis.
- **Pratiquer la netiquette.** Encourager des valeurs telles que l'empathie et le respect. L'utilisation des réseaux sociaux devraient être régie par les mêmes règles de comportement et de respect de la communication en face à face.
- **Partager les activités de loisirs et de temps libre en famille.** sportives, culturelles, etc. Dresser une liste d'activités et d'intérêts communs et créer des lieux de rencontre pour les partager en famille.
- Les éduquer à protéger leurs propres données personnelles et leur vie privée, tout en leur apprenant l'importance de la réputation numérique. Ils devraient aussi limiter la publication de photos de leurs enfants sur les réseaux sociaux. De nombreux parents pratiquent souvent le *sharenting* (la surexposition de leurs propres enfants sur les réseaux sociaux, c'est-à-dire l'utilisation excessive des réseaux sociaux pour documenter et rendre compte en permanence des progrès de leurs enfants).

Interventions

- Ateliers pour les familles pour promouvoir un usage sain de la technologie de la part des enfants. Focus sur le groupe de familles avec des enfants de 0 à 3 ans.
- Ateliers pour parents et enfants pour réfléchir ensemble à l'utilisation des technologies.
- Création d'espaces sur des sites Web accrédités avec des informations spécifiques et un service de conseil.
- Élaboration et diffusion de matériels de communication et de prévention.

[2] Des conseils de prévention à l'école

Bien que la famille soit le principal éducateur impliqué dans l'éducation des jeunes, garçons et filles, l'école et son institution jouent un rôle primordial en tant qu'espaces d'apprentissage et de socialisation pour les jeunes. Ce sont donc des lieux très appropriés pour travailler sur la prévention. Il est raisonnable de supposer que plus les jeunes sont âgés, plus ils ont été exposés aux écrans, plus ils ont de comptes sur les réseaux sociaux, plus ils possèdent de dispositifs et plus ils ont accès à Internet. De plus, l'environnement scolaire nous permet de travailler sur la prévention à la fois universelle et sélective, ajoutant ainsi un approfondissement à la tâche préventive.

L'un des défis susceptibles de se présenter concerne la coexistence qui existe dans de nombreux centres avec les écrans (ordinateurs, projecteurs, tablettes, téléviseurs, réseaux sociaux scolaires, etc.), tout en interdisant l'utilisation d'autres appareils (téléphones portables ou consoles portables).

Un autre défi est représenté par des messages ambivalents qui peuvent exister au sein de la famille, c'est pourquoi la prévention scolaire devrait également inclure un travail avec les adultes qui sont les points de repère pour ces garçons et ces filles, pour réaliser une proposition d'intervention complète.

Interventions :

- Ateliers pour les enfants pour promouvoir la pensée critique sur les écrans.
- Ateliers pour les enfants pour travailler sur les aspects émotionnels de l'utilisation des écrans.
- Ateliers pour les adultes pour promouvoir la pensée critique sur les écrans

[3] Des conseils pour prévenir les dépendances au niveau communautaire

L'expérience de la prévention nous a montré qu'il est nécessaire d'agir en tenant compte des différents domaines de compétence de la communauté. Il ne s'agit pas de prendre des initiatives isolées, mais de les intégrer dans une proposition unitaire et étendue, tout en participant activement. L'implication et la coresponsabilité des différents acteurs sociaux se manifestent en unissant leurs propres forces, en établis-

sant une communication horizontale et en partageant des objectifs communs et en définissant des stratégies préventives :

- **Les éducateurs du sport et des loisirs.** Ces professionnels sont un point de référence pour les jeunes. Ils jouent un rôle clé en tant que formateurs et peuvent repérer les situations de risque et les usages problématiques.
- **Les médias.** Les informations et les nouvelles qu'ils transmettent et leur traitement ont un impact sur les citoyens, qui devraient être utilisés pour diffuser de bonnes pratiques, des recommandations, des ressources, etc.
- **Les professionnels des soins primaires et de la santé.** En tant que défenseurs de la santé, ils ont le pouvoir de promouvoir des habitudes saines et d'effectuer des diagnostics précoces.

Nous devons standardiser et intégrer la prévention dans les différents domaines de la communauté, avec une perspective globale et transversale

Interventions :

- Activités de prévention entre pairs, jeunes formés à la transmission de messages de santé.
- Mettre en place des campagnes d'information et de sensibilisation et recourir aux médias pour discuter des problèmes de santé et des TIC.
- Promouvoir la formation technique en matière de prévention et de détection de l'usage problématique des écrans chez les adolescents et les jeunes, destinée aux acteurs sociaux.
- Élaborer des protocoles d'action et de référence pour l'utilisation problématique des écrans chez les adolescents et les jeunes.
- Elaborer des documents techniques et des guides méthodologiques sur la prévention et l'intervention dans l'utilisation et l'abus des TIC.

[4] Des conseils pour prévenir la dépendance environnementale ou structurelle

Ce type de prévention s'est avéré extrêmement efficace, mais elle a été, en même temps, souvent très critiquée et a rencontré une résistance considérable parmi les jeunes et les différents groupes. Il s'agit de changer l'environnement culturel, social et physique. Ces stratégies incluent:

- Fixer une limite au nombre d'établissements de jeux et de paris.
- Mettre en place des règles pour permettre l'accès au jeu.
- Modifications apportées à la structure du jeu et aux tarifs
- Accroître l'âge d'entrée dans les salles de jeux.
- Renforcer les sanctions en cas de non-respect de la réglementation en vigueur.
- Précautions à prendre concernant le jeu problématique dans les salles de jeux et de paris.





CHAPITRE

7

La psychose

7.1

COMMENT RECONNAÎTRE UNE PSYCHOSE?

Un sentiment étrange, comme si quelque chose venait de l'intérieur

Suivent ci-dessous les informations les plus pertinentes sur la psychose: qu'est-ce que c'est; quelle est la cause de son développement; quels sont les symptômes et les signes avant-coureurs ? ; comment est-elle traitée et quel est le processus de récupération ?; comment prévenir les rechutes ?

La psychose se caractérise par une **perception déformée de la réalité et une altération significative du fonctionnement mental** (pensées, émotions et comportement), ce qui en fait un trouble de la santé mentale. Un exemple: « J'ai commencé à entendre des voix à la télévision, dans les publicités, sur Internet... Une surveillance d'Internet, des espions... tout était intimement lié à moi... ».

Les symptômes de la psychose varient selon les individus, mais les plus fréquents incluent des pensées délirantes ou des fausses croyances, des hallucinations, des pensées confuses, ainsi que des changements d'humeur et de comportement. La présence de ces symptômes peut entraîner un changement dans le fonctionnement

quotidien de la personne atteinte dans tous les aspects de sa vie. tels que ses études, son travail et ses relations sociales... et avoir un impact très important sur la famille. L'apparition des symptômes est connue sous le nom d'épisode psychotique ou pause psychotique.

Les symptômes de la psychose

[1] La psychose se manifeste par une scission ou une perte de contact avec la réalité mentale (Organisation Mondiale de la Santé, 1992). De plus, il existe également un certain nombre d'autres symptômes plus spécifiques qui perturbent le quotidien de la personne, modifient son comportement et nécessitent une assistance médicale (Volkmar, 1996).

[2] Les principaux symptômes cliniques des troubles psychotiques, tels qu'ils sont décrits dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* de l'American Psychiatric Association (American Psychiatry Association, 2013) :

- **Les hallucinations.** Ce sont des perceptions imaginaires qui se produisent sans l'intervention de stimuli externes. Elles sont involontaires et vécues intensément, ce qui entraîne une forte anxiété chez l'individu. Les personnes peuvent percevoir, sentir, ressentir ou voir des choses qui ne sont pas présentes. Les hallucinations les plus communes sont les hallucinations auditives.
- **Les délires.** Ce sont des croyances fausses et figées, vécues avec conviction et qui ne subissent aucune altération avec l'argumentation logique. Leur contenu peut être très varié. Parmi les manies les plus répandues, nous retrouvons les manies de persécution et les manies référentielles.
- **La pensée désorganisée.** la perte des associations logiques dans la pensée conduit à la perte de la relation entre les idées. La personne touchée peut passer d'un sujet à l'autre, voire perdre le fil de son discours, le rendant incompréhensible.
- **Le comportement moteur ou les mouvements très désorganisés ou anormaux (y compris la catatonie).** Ce sont des comportements moteurs inhabituels ou des mouvements insensés qui entravent l'activité au quotidien de la personne. La personne peut devenir très active ou, au contraire, rester inactive toute la journée.
- **Les symptômes négatifs.** Ce sont ceux qui indiquent un appauvrissement de la personnalité de la personne, avec des répercussions sur l'humeur et les relations sociales. Parmi les symptômes négatifs prépondérants, il y a la diminution de l'expression émotionnelle, le retrait social, le manque de confiance en soi. d'énergie pour faire les choses (apathie), le manque de plaisir à faire les choses agréables (anhédonie) et l'indifférence émotionnelle.

En plus des symptômes mentionnés ci-dessus, d'autres symptômes peuvent être présents dans la psychose, tels que des **symptômes cognitifs** (difficultés de concentration, lenteur dans le traitement des informations, trous de mémoire...) et des **symptômes affectifs**, comme la dépression et l'anxiété. Tous ces symptômes ne sont pas toujours

stables; ils peuvent varier considérablement d'un individu à l'autre, et à l'intérieur d'un même individu, que ce soit en termes d'apparition et de développement ou de durée, avec une grande variabilité interindividuelle et intraindividuelle (Heckers et al., 2013).

Prévalence

Les troubles psychotiques apparaissent généralement à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte. L'âge le plus courant pour l'apparition des symptômes se situe entre 18 et 24 ans, mais dans la plupart des cas, elle survient entre 13 et 30 ans. Environ 3 jeunes adultes sur 100 seront confrontés à un épisode psychotique au cours de leur propre vie. Il est indispensable d'identifier et de traiter ce trouble dès les premiers stades pour aider les personnes touchées à se rétablir.

7.2

LA TYPOLOGIE DE LA PSYCHOSE

Les différents visages de la psychose

[1] La présence de symptômes déterminants et leur durée déterminent les différents visages. Les principales études de référence³ décrivent les diagnostics suivants :

- **Le trouble psychotique bref.** La personne atteinte présente un ou plusieurs des symptômes suivants : délires, hallucinations, langage désorganisé et comportement hautement désorganisé ou catatonique. Et au moins l'un des trois symptômes suivants : délires, hallucinations ou langage désorganisé. Ce trouble se présente sur une période pouvant aller d'une journée à un mois, avec la possibilité d'un retour complet à la normale à l'issue de cet épisode.
- **Le trouble psychotique induit par des substances ou des médicaments.** La personne atteinte présente des délires et/ou des hallucinations. L'anamnèse, ainsi que l'examen physique ou les tests de laboratoire doivent révéler que les symptômes sont apparus pendant ou peu après une intoxication ou une période d'abstinence à certaines substances, ou suite à une intoxication médicamenteuse, et que ces substances ou médicaments peuvent provoquer les symptômes observés. Ce trouble provoque un malaise cliniquement significatif ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou d'autres domaines importants.
- **La schizophrénie.** La personne affectée présente au moins deux des symptômes suivants : délire, hallucinations, langage désorganisé, comportement hautement désorganisé ou catatonique et/ou symptômes négatifs. Il doit y avoir au

⁹ Comme il est bien connu, les deux manuels les plus utilisés pour le diagnostic des troubles mentaux sont le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-V) de l'Association psychiatrique américaine et la *Classification des troubles mentaux et du comportement* (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé.

moins l'un des trois symptômes suivants : délire, hallucinations ou langage désorganisé. Le niveau de fonctionnement de la personne est altéré ou compromis dans un ou plusieurs domaines clés, tels que le travail, les relations interpersonnelles, les soins personnels. Les symptômes de la maladie persistent pendant une durée d'au moins six mois.

- **Le trouble schizophrénique.** La personne atteinte présente au moins deux des symptômes suivants : délires, hallucinations, langage désorganisé, comportement hautement désorganisé ou catatonique et/ou symptômes négatifs. Au moins un des trois symptômes suivants doit être présent : délire, hallucinations ou langage désorganisé. La durée de l'épisode de la maladie est d'au moins un mois, mais inférieure à six mois.
- **Le trouble délirant.** La personne atteinte présente une ou plusieurs illusions pendant au moins un mois. Les hallucinations ne sont pas présentes et, si elles sont présentes, elles ne revêtent pas d'importances significatives et sont associées au thème délirant. La personne ne montre pas de perturbations majeures dans son comportement qui n'est ni bizarre ni étrange.
- **Le trouble schizo-affectif.** La personne atteinte manifeste deux ou plusieurs de ces symptômes : délire, hallucinations, langage désorganisé, comportement hautement désorganisé ou catatonique et/ou symptômes négatifs. De plus, les critères diagnostiques nécessaires pour un épisode de l'humeur (qu'ils s'agissent d'un épisode maniaque ou d'un épisode de dépression majeure) doivent être réunis.
- **Le trouble psychotique partagé.** Il se produit lorsque deux ou plusieurs personnes partagent le même thème ou système d'idées délirantes et se soutiennent mutuellement dans leurs convictions. Les deux personnes partagent une relation extraordinairement étroite. Il existe des preuves temporelles et circonstancielles qui suggèrent que les désillusions sont engendrées chez la personne passive (dominée) par son interaction avec la personne active (dominante).
- **Le trouble psychotique dû à une autre condition médicale.** La personne atteinte présente des hallucinations ou des délires prononcés. Les antécédents cliniques, l'examen physique ou les tests de laboratoire doivent prouver que les symptômes du trouble sont la conséquence physiopathologique directe d'une autre affection. Aucun autre trouble mental ne peut expliquer plus efficacement la condition, qui entraîne une détresse ou un dysfonctionnement significatif sur le plan social, professionnel ou dans d'autres domaines essentiels du fonctionnement.
- **Le trouble psychotique non spécifié autrement.** Cette catégorie est pertinente lorsque les symptômes caractéristiques d'un trouble du spectre schizophrénique et d'un autre trouble psychotique prédominant et entraînent une gêne cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou d'une autre nature, sans pour autant satisfaire aux critères de diagnostic de l'une des pathologies. Elle est mise en oeuvre lorsque le médecin décide de ne pas spécifier la raison du non-respect des critères des groupes de

diagnostics. Elle comprend également les situations où il n'y a pas suffisamment d'informations pour établir un diagnostic plus précis.

Il est important de se rappeler qu'au stade initial de la maladie, établir un diagnostic précis peut être complexe et que ce dernier peut se modifier au fil du temps avec l'évolution du trouble. De outre, ces diagnostics ne peuvent être établis si le trouble ou les symptômes sont susceptibles d'être attribués aux effets physiologiques d'une substance (stupéfiant ou médicament) ou à une autre condition médicale.

Les causes de la psychose

Les psychoses sont des troubles psychiques caractérisée par **une perception altérée de la réalité**, et il est essentiel de comprendre les éléments pouvant conduire à ces symptômes pour le diagnostic et le traitement.

Les facteurs déclencheurs des psychoses peuvent être classés en trois catégories distinctes : biologique, psychologique et environnemental, chacun catégorie étant liée aux autres et souvent superposée.

[1] Tout d'abord, **les facteurs biologiques** jouent un rôle crucial dans l'évolution des psychoses. La génétique représente un domaine de recherche parmi les plus explorés, car les recherches indiquent que les personnes ayant des antécédents familiaux de troubles psychiatriques, en particulier la schizophrénie ou des troubles apparentés, présentent un risque significativement plus élevé de développer des psychoses. Les anomalies neurochimiques, en particulier celles qui sont liées aux neurotransmetteurs, comme la dopamine et la sérotonine, ont également été associées à des expériences psychotiques. Par exemple, l'hyperactivité de la dopamine dans certaines régions du cerveau a été associée à des symptômes psychotiques, tels que des délires et des hallucinations.

[2] Outre les influences d'ordre génétique et neurochimique, des facteurs structurels peuvent aussi jouer un rôle dans le développement des psychoses. Des recherches ont démontré que les personnes souffrant de schizophrénie peuvent présenter des variations structurelles au niveau du cerveau, telles qu'une augmentation des ventricules cérébraux et une diminution du volume de la matière grise. Ces anomalies peuvent influencer le traitement des informations par le cerveau et sa réponse aux stimuli externes, contribuant ainsi à une perception déformée de la réalité.

[3] **Les facteurs psychologiques** jouent un rôle tout aussi important. Les traumatismes, en particulier ceux subis pendant l'enfance, sont associés à l'émergence de la psychose à l'âge adulte. Des traumatismes tels que les violences physiques, émotionnelles ou sexuelles peuvent nuire à la santé mentale et entraîner des troubles de la personnalité, ce qui augmente le risque d'expériences psychotiques. En outre, des troubles telles que l'anxiété et la dépression peuvent contribuer à rendre une personne susceptible de développer une psychose. surtout si ces troubles ne sont pas traités.

[4] Un autre aspect psychologique doit être pris en compte, la présence de **schémas cognitifs dysfonctionnels**. Les personnes qui ont tendance à interpréter les informations de manière erronée ou qui développent des pensées paranoïaques peuvent être plus sensibles aux expériences psychotiques. Ces schémas peuvent être influencés par des facteurs de stress environnementaux ou relationnels qui exacerbent la vulnérabilité.

[5] **Au niveau environnemental**, plusieurs éléments peuvent agir comme des facteurs déclencheurs dans la survenue de la psychose. Des épisodes psychotiques peuvent être provoqués par des circonstances stressantes intenses, telles que le décès d'un proche, des bouleversements importants de la vie (comme une séparation ou un licenciement) ou des difficultés économiques en particulier chez les personnes déjà vulnérables. L'utilisation de substances psychoactives, telles que l'alcool, les stupéfiants ou les médicaments, représente un autre élément environnemental susceptible de déclencher des épisodes psychotiques. En particulier, l'utilisation de substances liées aux cannabinoïdes – comme le THC contenu dans la marijuana – a été associée à un risque accru de psychose, en particulier chez les personnes qui sont prédisposées.

Un contexte social d'isolement ou de stigmatisation peut aggraver les conditions d'une personne prédisposée à la psychose. Une absence de relations significatives et d'accompagnement social peut engendrer un sentiment d'isolement et de désespoir, ce qui peut par conséquent augmenter le risque d'épisodes psychotiques. Dans ce contexte, l'appui des proches, de la famille et de la communauté joue un rôle essentiel pour préserver la santé mentale.

[6] Enfin, il est important de considérer que les psychoses peuvent également découler de **problèmes généraux de santé**, tels que les infections, les troubles neurologiques ou métaboliques. Des troubles tels que le délire ou l'encéphalite peuvent conduire à des symptômes psychotiques, soulignant la nécessité d'une évaluation médicale complète pour exclure d'autres causes.

7.3

LES SIGNES AVANT-COUREURS DE LA PSYCHOSE

Il n'est pas toujours facile de détecter les psychoses. Avant l'apparition des symptômes psychotiques, d'autres symptômes ou signes avant-coureurs plus spécifiques peuvent se manifester, quelques jours, voire plusieurs semaines avant. Les signaux d'alarme sont tous les indicateurs d'un manque de normalité, qui peuvent être mis en évidence sur certains des points suivants. Ils doivent être récurrents et soutenus dans le temps :

- Se sentir plus tendu, plus craintif ou plus anxieux.
- Avoir des pensées qui fusent: avoir plusieurs pensées en même temps, ne pas réussir à se concentrer sur une seule chose.

- Devenir plus silencieux et isolé.
- Se sentir déprimé, moins disposé à faire les choses ou plus irritable.
- Être plus fatigué.
- Éprouver des sensations bizarres qui me font sentir confus.
- Ne pas avoir très faim, perdre du poids.
- Avoir des oublis fréquents.
- Soudainement ne pas dormir.
- Négliger mon apparence physique

La détection et la prise en charge précoce de la maladie sont indispensables pour la guérison des personnes touchées. Il est **donc crucial de faire appel à un spécialiste** lorsque ces symptômes perturbent la vie quotidienne ou causent de la détresse.

7.4

LES PRINCIPAUX MYTHES ET FAUSSES CROYANCES RELATIVES À LA PSYCHOSE

Voici quelques uns des mythes liés à la psychose :

Il n'existe pas de thérapie efficace pour la psychose. FAUX

Il existe plusieurs traitements pour traiter la psychose : traitements psychologiques, sociaux, de soutien... Et les médicaments sont bénéfiques pour atténuer les symptômes, parvenir à la stabilité et soutenir la personne touchée à mener une vie « normale ».

Les personnes atteintes de psychose représentent un danger. FAUX

Les personnes présentant des troubles psychologiques sont nettement plus enclins à être la cible d'agressions ou d'abus perpétrés par d'autres personnes que celles qui n'en souffrent pas. Dans certains cas, lorsque la personne n'a pas accès à un traitement ou ne l'a pas respecté correctement, elle risque de subir de sévères hallucinations ou des pensées délirantes qui la poussent à croire des choses qui ne sont pas vraies, et elle risque de se faire du mal à elle-même ou de nuire à autrui.

Les personnes touchées par la psychose ont agi d'une certaine manière. FAUX

Tout le monde peut développer un trouble psychologique, indépendamment du genre, de l'âge ou du statut social. Bien que parfois son origine puisse être associée à un stress extrême ou à l'ingestion de substances toxiques, la psychose n'a pas une origine unique; elle résulte de l'apparition et de l'interaction de différents facteurs. Quelques-uns de ces éléments sont biologiques, c'est-à-dire qu'il existe une certaine prédisposition génétique spécifique, tandis que d'autres sont associés à l'environnement et au mode de vie.

Chaque médicament a une multitude d'effets indésirables qui peuvent altérer la volonté de la personne. FAUX

Tous les traitements n'ont pas le même impact, ils ne cherchent ni à réprimer la volonté de la personne, ni à produire les mêmes effets indésirables. En effet, il existe de plus en plus de traitements pharmacologiques bien tolérés et avec moins d'effets secondaires négatifs. Sous le contrôle et la surveillance appropriés des spécialistes, les répercussions possibles devraient être négligables.

Les personnes ayant subi une décharge psychologique ne peuvent pas se rétablir et doivent être placés dans un centre spécialisé. FAUX

L'approfondissement des connaissances sur les psychoses a permis d'améliorer les traitements pharmacologiques et psychologiques pour aider la personne atteinte à guérir. Les personnes souffrant de psychose peuvent guérir complètement, poursuivre des études ou exercer une profession, fonder une famille, préserver leurs activités sociales, et ainsi de suite. Dans certains cas, lorsque la guérison n'est pas totale, l'objectif est de retrouver une qualité de vie semblable à celle qu'elles avaient avant l'incident psychologique. Dans ces procédures, l'intégration au sein de la communauté joue un rôle très important.

Les personnes souffrant de psychose ont des comportements extravagants et atypiques. FAUX

Les médias et les films hollywoodiens utilisent souvent à mauvais escient les mots « psychotique » et « schizophrène » pour décrire une personne qui accomplit des actes dépravés ou singuliers, ou qui adopte un comportement bizarre et distinct de celui des autres. La plupart des personnes souffrant de psychose ne se distinguent pas généralement de nous et des autres, et ils passent souvent inaperçues dans les rues de nos villes.

La psychose est une maladie héréditaire. FAUX

Avoir des parents ou des frères et soeurs atteints de psychose ne signifie pas que le trouble se développera. En effet, un grand nombre de personnes touchées par la psychose n'ont pas de proches souffrant du même trouble. Bien qu'il existe réellement une composante génétique dans le développement de la psychose, il n'existe pas de gène spécifique, qui soit capable d'expliquer son développement. En effet, de nombreux facteurs biologiques et environnementaux interviennent dans ce processus.

La consommation de cannabis ne déclenche pas de psychose. FAUX

Bien que toutes les personnes qui consomment du cannabis ne développent pas de psychose, le principe actif de cette substance est étroitement liée à l'apparition de symptômes psychologiques. Il est de plus en plus démontré que la consommation de cannabis, surtout parmi les plus jeunes, augmente le risque de développer un trouble psychologique.

La psychose est liée à la façon dont nous avons été éduqués par nos parents. FAUX

Contrairement à l'un des mythes les plus répandus du siècle dernier, la psychose n'a rien à voir avec l'éducation, l'instruction ou le comportement des parents. Cette croyance a engendré un fort sentiment de culpabilité chez les parents et a accru le malaise au sein des familles des personnes souffrant de psychose. Les facteurs de la psychose sont multiples, incluant des éléments génétiques et environnementaux.

7.5

COMMENT INTERVENIR SUR LA PSYCHOSE DANS UN CONTEXTE EDUCATIF?

Une approche éducative efficace: l'empathie, l'écoute active et le soutien affectif

Pour examiner de manière extrêmement détaillée les critères et les actions pédagogiques concernant les troubles psychotiques chez les jeunes, il est essentiel de prendre en compte les stratégies et les activités concrètes que les éducateurs peuvent appliquer.

Pour être efficace, l'intervention éducative en cas de psychose juvénile doit reposer sur un mélange d'empathie, d'écoute attentive, de soutien émotionnel dans un environnement sûr et accueillant. Elle doit également s'appuyer **sur des instruments et des pratiques professionnelles** permettant aux jeunes de comprendre et de gérer leur propre expérience psychotique.

Vous trouverez ci-dessous un guide complet pour intervenir dans des contextes éducatifs et communautaires, basé sur des activités spécifiques, des outils de soutien et des ressources pratiques.

[1] La création d'un environnement de soutien et de compréhension. Il est primordial que l'éducateur instaure une relation de confiance, dans laquelle les jeunes se sentent accueillis et non critiqués. Cela implique une approche qui normalise les discussions sur les troubles psychotiques, en créant un environnement où les jeunes peuvent partager librement leurs propres expériences sans craindre d'être stigmatisés. Un exemple concret: organiser des sessions hebdomadaires d'« espace ouvert » où les jeunes peuvent exprimer librement leurs propres émotions et leurs propres réflexions personnelles. Cela peut également se réaliser à travers un « coin des émotions » aménagé avec des tableaux sur lesquels ils peuvent écrire leurs propres états d'âme ou des mots clés qui illustrent leur propre expérience. L'objectif est de simplifier la communication et le partage des expériences qui permettent aux jeunes de reconnaître et d'affronter leurs problèmes psychologiques.

[2] Des activités de groupe basées sur le dialogue et la confrontation. Le groupe de discussion représente un instrument efficace pour encourager l'interaction et le débat entre pairs. L'éducateur peut programmer des ateliers thématiques pendant lesquels il est possible d'examiner des aspects spécifiques de l'expérience psychotique, tels que « déchiffrer les voix intérieures » ou « gérer le sentiment d'isolement ». Ces rencontres doivent être gérées avec beaucoup de délicatesse. Il s'agit d'un travail de longue haleine qui offre aux participants la possibilité de partager leurs expériences de façon spontanée et authentique, sans l'obligation de fournir des réponses « correctes ». Pour favoriser le dialogue, il est possible de suggérer une série de questions orientées, telles que : « Que signifie pour toi le fait d'être compris », « En quoi cela t'aiderait-il de partager de ce que tu ressens ? ». De plus, l'emploi de méthodes créatives comme le dessin ou l'écriture pour exprimer les émotions peut être extrêmement bénéfique pour ceux qui éprouvent des difficultés à s'exprimer oralement.

[3] Des projets visant à l'autonomie et à la résilience. L'objectif d'un projet d'autonomisation permet de fournir aux jeunes touchés par des troubles psychotiques les compétences et la confiance nécessaires pour affronter les défis de la vie quotidienne. Les éducateurs peuvent créer des parcours d'auto-assistance sur mesure dans lesquels chaque jeune définit des objectifs concrets et réalistes pour améliorer son équilibre psychologique. Pour illustrer ces initiatives, un parcours pourrait inclure l'établissement d'objectifs à court terme tels que « instaurer une routine de sommeil » ou « appliquer des techniques de respiration pour contrôler l'anxiété ».

[4] La création de ressources pédagogiques et d'auto-assistance. Des produits éducatifs précieux pour les jeunes, tels que des brochures, des guides et des vidéos éducatives peuvent être consultés de manière autonome. Les supports doivent décrire, de manière claire et concise, ce que sont les troubles psychotiques, quels sont les symptômes habituels et comment les affronter. Par exemple, un guide pourrait inclure des sections telles que « Qu'est-ce que les hallucinations ? », « Comment faire face aux délires » et « Stratégies pour réduire l'isolement social ». Les documents doivent être interactifs et immersifs, incluant éventuellement des exercices d'autoréflexion, tels que « Rédige une lettre à ton anxiété », ou des questions ouvertes sur lesquelles réfléchir, telles que « Quels sont les moments de la journée où tu te sens le plus calme. Ces documents peuvent être facilement accessibles sur les dispositifs mobiles.

[5] Des activités pratiques pour améliorer les compétences sociales et la gestion du stress. Dans les contextes communautaires, il est essentiel de proposer des activités pratiques qui renforcent les compétences sociales et réduisent les niveaux de stress. L'éducateur peut organiser des jeux de rôle ou des simulations de situations sociales dans lesquelles les jeunes peuvent apprendre à gérer des conversations et des interactions quotidiennes. Par exemple, une simulation peut concerner une conversation téléphonique, un moment conflictuel avec un camarade ou une situation de malaise dans un contexte public. Dans ces simulations, les jeunes apprennent à re-

connaître et à réguler leurs propres réactions émotionnelles, en recevant des commentaires constructifs de la part de l'éducateur et des pairs. D'autres exercices peuvent inclure des activités de relaxation guidée, telles que la technique de la « relaxation musculaire progressive », ou des séances de méditation, les aidant ainsi à réduire l'anxiété et à améliorer leur bien-être général.



Les méthodes d'approfondissement des différents aspects de la psychose

Ces activités visent à développer les techniques de gestion des émotions, à améliorer les aptitudes sociales et à renforcer la conscience et le contrôle que chacun a sur sa propre expérience psychotique. Chaque activité inclut des objectifs précis, une description de l'activité ainsi que des modalités pratiques pour sa réalisation.

[1] Des projets artistiques pour exprimer des émotions et des idées. Offrir un canal d'expression non verbale pour permettre aux jeunes d'extérioriser des émotions complexes et des expériences psychotiques dans un cadre sécurisé. Concrètement, l'éducateur suggère des activités telles que le dessin, la peinture, l'écriture créative ou le collage pour explorer les émotions, les idées et les représentations mentales. Ces activités offrent l'opportunité d'aborder et de développer des expériences vécues qui peuvent être compliquées à exprimer par des mots. Deux options pratiques sont disponibles :

- **Illustrer les émotions.** Encourager les jeunes à exprimer visuellement les émotions principales qu'ils éprouvent. Ils ont la possibilité d'employer des couleurs et des formes qui symbolisent, selon eux, des états d'âme comme l'anxiété, la peur ou l'espoir. En définitive, ils peuvent décider, s'ils le souhaitent, partager ou méditer sur leurs propres créations.
- **Écrire une lettre à soi-même.** Dans cet exercice, il est demandé aux participants de rédiger une lettre à leur « moi futur » ou à leur « moi passé ». Cela permet de mettre en mots leurs propres désirs, préoccupations ou pensées récurrentes, favorisant l'auto-réflexion et une compréhension approfondie de soi-même.

[2] Un forum de conversation pour un échange entre pairs. Faciliter le soutien mutuel, le partage d'expériences et la diminution de la stigmatisation, tant interne qu'externe, liée à leur condition psychologique. Le forum de discussion offre spécifiquement un espace sécurisé dans lequel les jeunes peuvent partager leurs propres expériences psychotiques liées à la psychose. Les rencontres sont structurées autour de sujets tels que : « comprendre ses propres voix intérieures » ou « surmonter le sentiment d'isolement ». Deux options pratiques sont disponibles :

- **Une discussion guidée sur un sujet précis.** Chaque réunion débute par un thème à aborder. Par exemple : « Quelles méthodes utilises-tu pour te détendre lorsque tu ressens de l'anxiété ? » ou « Que veut dire pour toi entendre des "voix" ? ». L'éducateur favorise le dialogue, en encourageant l'écoute attentive et le respect réciproque.

- **Des exercices collectifs pour comprendre la stigmatisation.** L'éducateur pourrait suggérer des activités telles que l'inscription de phrases négatives sur un panneau, puis leur destruction symbolique ou leur substitution par des expressions d'auto-acceptation, favorisant ainsi l'élaboration d'un récit positif et d'un sentiment d'appartenance.

[3] Des initiatives visant à l'autonomie et des objectifs individuels. Renforcer l'auto-efficacité par une augmentation de la confiance en soi, en s'appuyant sur ses compétences personnelles et sa motivation pour atteindre des objectifs modestes. En d'autres termes, les éducateurs soutiennent les jeunes dans la définition d'objectifs précis et tangibles, tels que la mise en place d'une routine au quotidien ou l'amélioration de leurs compétences à l'autonomie personnelle. Chaque jeune peut choisir un objectif sur mesure, organiser les démarches requises et surveiller l'évolution. Deux options pratiques sont disponibles :

- **L'élaboration d'un journal d'objectifs.** Chaque jeune tient un journal dans lequel il note ses objectifs, les obstacles qu'il a rencontrés et les progrès réalisés. Par exemple, si l'objectif est de se lever à une heure précise chaque jour, enregistrer les succès et les difficultés permet au jeune d'obtenir un retour tangible et de réfléchir sur les petits progrès réalisés. Chaque semaine, l'éducateur peut consacrer du temps pour examiner ensemble le journal, en fournissant des critiques constructives.
- **L'élaboration et la réévaluation des objectifs.** Chaque début de mois, l'éducateur accompagne les jeunes dans la définition d'objectifs précis et réalistes. Par exemple, il pourrait se fixer l'objectif de « s'engager dans une activité de groupe » ou de « diminuer la durée de l'isolement ». Une évaluation est régulièrement effectuée pour suivre les progrès et adapter un plan d'actions si nécessaire. Il est essentiel que les éducateurs encouragent les jeunes à fêter chaque progrès, même minime, pour consolider leur assurance en leurs propres compétences personnelles.

[4] Une tâche d'écriture réflexive. Développer la capacité à l'analyse et à la prise de conscience personnelle. en examinant ses propres pensées et émotions liées à l'expérience psychotique. En effet, la rédaction réflexive demeure un outil efficace qui permet aux jeunes de mettre par écrit leurs expériences, favorisant ainsi un processus d'introspection et de réélaboration émotionnelle. Il est possible d'utiliser des cahiers personnels, sans obligation de divulgation, ou des activités collectives où la discussion reste libre. Deux options pratiques sont disponibles :

- **Un journal quotidien ou hebdomadaire.** Encourager les jeunes à tenir un journal dans lequel ils transcrivent leurs propres émotions ainsi que leurs moments difficiles et agréables. Des questions de réflexion comme « Qu'est-ce que j'ai découvert sur moi-même aujourd'hui ? », « Quel a été l'événement le plus marquant de ma journée ? » ou encore « Qu'est-ce qui m'a apporté du réconfort ? » pourraient orienter la rédaction.

- **Des Lettres adressées à ses propres angoisses ou à ses propres pensées intrusives.** Cette activité implique la rédaction d'une lettre adressée à une émotion, comme la peur, ou à une expérience comme l'audition de voix. L'objectif consiste à affronter ses propres peurs ou réflexions sans crainte de jugement, en explorant les émotions de manière détachée et rationnelle.

[5] Un programme de psychoéducation en collaboration avec les familles. Former conjointement les jeunes et les familles pour une meilleure compréhension de la psychose, pour atténuer la stigmatisation et améliorer l'accompagnement familial. Sur un plan pratique, l'éducateur programme régulièrement des rencontres éducatives avec les familles, pendant lesquelles il expose les mécanismes de la psychose, les modalités de communication et les stratégies de gestion du stress au sein de la famille. Il est crucial d'impliquer les familles pour créer un environnement de soutien complet. Deux options pratiques sont disponibles :

- **Des sessions d'information concernant les caractéristiques des troubles psychotiques.** Au cours de ces réunions, les symptômes, les origines et les méthodes de gestion, seront expliqués, en citant des cas spécifiques ou des exemples pratiques, tout en préservant la confidentialité.
- **Un échange sur la communication empreinte d'empathie et le soutien positif.** Proposer des mesures pour engager des conversations délicates, tout en soulignant la nécessité de l'écoute active et de mots d'encouragement. Des exemples concrets comme « Je suis là pour t'écouter sans te juger » peuvent servir de guides pour une communication constructive.

[6] Des activités habituelles de construction et de gestion du temps. Fournir des structures et des schémas pour soutenir les jeunes dans la création d'une routine stable, indispensable pour gérer l'anxiété et les symptômes psychotiques. Par conséquent, la création d'une routine contribue à renforcer la stabilité et à diminuer le stress, tout en perfectionnant la compétence de gestion du temps. Il est possible d'organiser des activités quotidiennes hebdomadaires qui prennent les centres d'intérêts et les exigences des jeunes. Deux options pratiques sont disponibles :

- **La mise en place d'un emploi du temps hebdomadaire sur mesure.** les jeunes élaborent leur propre programme, réparti entre les activités habituelles (par ex. le lever, les repas, le trajet vers l'école) et les activités personnelles ou de loisir. Ce planning peut être mis à jour chaque semaine et adapté en fonction des exigences, favorisant ainsi un sentiment de maîtrise et d'anticipation.
- **Des sessions de vérification régulières.** en fin de semaine, l'éducateur pourra proposer une analyse de la routine hebdomadaire, en soulignant les activités qui ont bien marché et en repérant les aspects à perfectionner.

[7] Des initiatives visant à promouvoir l'acceptation de soi et à diminuer la stigmatisation. Promouvoir une attitude bienveillante envers soi-même et sa propre expérience, en minimisant l'auto-stigmatisation et en encourageant une vision de soi plus empathique. Cela signifie que l'éducateur aide les jeunes à réfléchir, à se sensibiliser et à s'accepter, les aidant ainsi à réduire leur jugement sur eux-mêmes et à promouvoir une image personnelle positive et authentique. Deux options pratiques sont disponibles :

- ***L'élaboration d'un « cahier des succès ».*** Encourager les jeunes à tenir un journal dans lequel ils notent leurs petites réussites quotidiennes, les compétences qu'ils perfectionnent ou les moments agréables. Ce journal sert de rappel tangible de leurs progrès et de leur importance.
- ***Des affirmations encourageantes et des techniques de réflexion personnelle.*** Au cours de chaque rencontre, les jeunes peuvent sélectionner ou élaborer une affirmation positive à leur égard (par exemple : « Je suis capable de gérer les défis » ou « Chaque jour, je m'améliore »). Les éducateurs orientent la réflexion sur ces déclarations, en contribuant à l'assimilation d'une narration plus positive.



CHAPITRE

8

L'automutilation

8.1

COMMENT RECONNAÎTRE L'AUTOMUTILATION ?

Les coupures comme un appel à l'aide pour communiquer les douleurs de l'âme

[1] De quoi s'agit-il exactement lorsque nous parlons de comportement d'automutilation ? Quels sont les différents types d'automutilation qui existent et quels seraient les signes précurseurs ? Au delà de répondre à ces interrogations, il est nécessaire d'examiner quels sont les éléments déclencheurs et les éléments protecteurs. Quels sont les plans d'actions à adopter en cas d'automutilation : quand et auprès de qui solliciter de l'aide ?

L'automutilation, notamment celle qui n'est pas fatale, se définit par **la destruction intentionnelle et délibérée de son propre corps sans intention suicidaire**. Après des décennies d'augmentation de l'automutilation sans intention suicidaire chez les adolescents et les jeunes adultes, et face à un intérêt scientifique grandissant pour ce sujet, le trouble a été inclus dans la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5) comme une question nécessitant une attention clinique lorsqu'elle répond aux critères de gravité définis.

Toutefois, ces comportements ne sont pas systématiquement observés dans le cadre d'un trouble psychique et **n'exigent pas forcément une prise en charge clinique**, puisqu'ils sont de plus en plus fréquents au sein de la population. Dans de multiples situations, il est possible d'intervenir en dehors d'un contexte médical. En effet, ces dernières années, nous avons observé une hausse de l'automutilation parmi les jeunes garçons et les jeunes filles non diagnostiqués avec un trouble de santé mentale comme un moyen pour manifester leur propre malaise.

[2] Nous pouvons distinguer deux méthodes d'automutilation : les **dommages directs** (coupures, brûlures, égratignures, morsures, coups, etc.) et les **dommages indirects** (prise excessive de médicaments, frénésie alimentaire, consommation excessive d'alcool ou exposition à des situations à risque comme les sports extrêmes, la conduite imprudente, etc.). Les manifestations de mécontentement contre les normes sociales ou religieuses établies sont prohibées. Toutefois, dans le contexte clinique et de la recherche, l'idée actuelle d'**automutilation sans intention suicidaire**, se réfère à l'acte d'automutilation directe et non à l'automutilation indirecte. Donc, lorsque nous parlons d'automutilation, dans la plupart des cas, il s'agit de l'automutilation directe¹⁰.

[3] D'après le DSM-5, **les critères permettant de poser un diagnostic** du trouble autodestructeur sans intention suicidaire comprennent :

- Au cours de l'année passée, il y a eu cinq jours ou plus de comportements autodestructeurs récurrents (ceci est en cours d'évaluation, car certains experts suggèrent d'augmenter le critère à dix jours.)
- L'automutilation doit servir à un objectif précis :
 - Echapper à des pensées ou à des sentiments négatifs.
 - Régler un conflit interpersonnel.
 - Créer une ambiance positive.
- L'automutilation doit être le résultat :
 - de pensées ou de sentiments négatifs.
 - d'une préoccupation constante concernant l'automutilation.
 - de l'incitation à la pratique de l'automutilation.
- Les actions qui ne sont pas socialement sanctionnées, telles que les gestes de contestation ou de marquage d'identité sont exclues.

¹⁰ Depuis 2013, le DSM-5, qui est le système international de classification des troubles mentaux, a introduit une nouvelle catégorie d'étude portant sur les comportements autodestructeurs directs et récurrents (cinq fois ou plus) : le trouble du comportement autodestructeur sans intention suicidaire (communément abrégé en NSSI pour «non-suicidal self-injury» en anglais).

Les symptômes du comportement d'automutilation

Le comportement autodestructeur est **une manifestation complexe d'un malaise émotionnel et psychologique**, qui peut se manifester sous différentes formes et modalités. Il est crucial de comprendre les symptômes associés à ce genre de comportement pour en identifier la présence et de réagir de façon appropriée.

[1] Tout d'abord, **l'automutilation physique** est souvent considérée comme l'un des symptômes les plus évidents. Elle peut se manifester de différentes manières, comme des coupures, des brûlures, des ecchymoses ou encore des coups infligés sur différentes parties du corps. Il est possible d'effectuer ces procédures sur les parties du corps facilement dissimulables telles que les bras et les cuisses, pour cacher les cicatrices ou les traces de blessures. La personne peut exécuter ces gestes de manière ritualisée, en employant des objets spécifiques ou en respectant un procédé particulier qui peut lui procurer une sensation de contrôle ou une évasion temporaire avec des émotions oppressives.

[2] Les comportements d'automutilation sont souvent liés à **des émotions intenses et difficiles à gérer**, telles que la tristesse, l'anxiété, la colère ou un sentiment de vide. La personne qui se livre à de tels actions peut décrire une sorte de décharge émotionnelle immédiate après l'automutilation, comme si la blessure physique était un moyen d'exprimer ou de soulager une douleur émotionnelle interne. Ces comportements peuvent offrir un soulagement temporaire ou un sentiment de contrôle, créant ainsi un cycle dans lequel la personne se sent obligée de répéter les gestes pour faire face à une détresse émotionnelle.

[3] En outre, le comportement autodestructeur est souvent associé à une **mauvaise estime** de soi et à des sentiments de dévalorisation personnelle. Les individus qui s'automutilent pourraient avoir une perception défavorable d'eux-mêmes, se sentant indignes d'affection ou d'attention, et l'acte d'automutilation peut devenir un moyen de se punir pour des défauts ou des échecs perçus. Ce châtement personnel peut aussi être considéré comme une expression de la douleur dans des situations où l'individu se sent incapable de communiquer ses propres douleurs aux autres.

[4] Au-delà des manifestations physiques, les symptômes émotionnels et comportementaux jouent un rôle crucial dans l'expression de l'automutilation. Il est possible d'observer **un changement dans les interactions sociales**, la personne ayant tendance à s'isoler de ses amis et de sa propre famille, créant une barrière qui empêche les autres de comprendre son état d'esprit. Cette hésitation peut découler de la peur d'être jugé ou mal interprété. La personne pourrait également manifester des symptômes **d'anxiété ou de dépression**, avec une humeur changeante, des difficultés de concentration et un sentiment de désespoir.

[5] Dans certains cas, les personnes qui se livrent à des actes de mutilation peuvent également recourir à la souffrance physique comme **un mécanisme d'adaptation**, dans laquelle la douleur extérieure sert à atténuer la douleur intérieure. Cette approche peut apparaître comme une tentative de transformer l'anxiété émotionnelle en une souffrance tangible, qui semble plus facile à gérer. Toutefois, cette approche est transitoire et mène fréquemment à de nouvelles complications émotionnelles et physiques.

[6] Il est important de souligner que, même si le comportement autodestructeur peut apparaître comme une stratégie pour donner l'illusion de gérer la douleur. Il n'aborde pas les origines sous-jacentes et peut entraîner des complications, telles que des infections, des cicatrices permanentes et un risque amplifié de conduites suicidaires. Les personnes qui se livrent à de telles actions, n'ont généralement pas l'intention de causer leur propre décès, mais elles cherchent plutôt une échappatoire à leur souffrance. Néanmoins, l'insuffisance d'une assurance appropriée et la persistance de la souffrance peuvent mener à des idées suicidaires ou à des tentatives de suicide.

Prévalence

[1] Il est très courant de voir des adolescents et des jeunes adultes pratiquer l'**automutilation directe**. Des études montrent que l'incidence de ce comportement parmi ces groupes d'âge varie de 18% à 45%, atteignant un pic entre 12 et 14 ans. Bien que la fréquence réelle de l'**automutilation indirecte** reste méconnue et puisse être bien plus élevée, les recherches longitudinales indiquent une progression naturelle des formes directes vers les formes indirectes d'**automutilation** en fonction de l'âge. Chez les adultes, en effet, la fréquence de l'automutilation est plus basse, environ 6%. Ces comportements peuvent être occasionnels (moins de cinq cas par an), sans antécédents de facteurs de risque, sans manifestations cliniques de troubles psychiques et sans nuire à la capacité de fonctionnement de la personne.

Cependant, dans une poignée de situations, où des facteurs de risque particuliers sont présents, les comportements tendent à se répéter dans le temps et sont liés à l'apparition de symptômes psychiatriques concomitants, y compris des actions suicidaires, pendant ou à une phase ultérieure. Les études sur la population montrent que 9 à 11 % des jeunes et jusqu'à 3 % des adultes répondent aux critères diagnostiques pour l'automutilation répétée sans intention suicidaire. Dans la population souffrant de troubles mentaux, 60 % peuvent être liés à un diagnostic psychiatrique. Nous signalons une prévalence accrue des troubles alimentaires chez les jeunes de moins de 18 ans, et des troubles de la personnalité chez ceux qui ont plus de 18 ans, en particulier le trouble de la personnalité borderline.

[2] Historiquement, l'automutilation a été perçue comme un phénomène essentiellement féminin. De nombreuses recherches sur la fréquence et l'incidence appuient

cette perspective. Néanmoins, des études plus récentes ont aussi remis en question les données des recherches précédentes et certaines d'entre elles indiquent des variations minimales de l'incidence en fonction du sexe et du genre. Il a été largement prouvé que les méthodes employées par les garçons et les filles pour se livrer à l'automutilation sans intention suicidaire diffèrent. Alors que les filles sont plus exposées aux coupures, aux éraflures, et d'autres actions qui provoquent des saignements, les garçons ont une propension plus marquée à frapper et à se brûler.

8.2

LES DIFFÉRENTS TYPES DE COMPORTEMENTS AUTOLESIONNISTES

Les différents visages des comportements autolésionnistes

[1] Les comportements autodestructeurs peuvent se manifester sous différentes formes, chacune avec des caractéristiques spécifiques. Voici un aperçu des principaux types d'automutilation :

- **Automutilation.** C'est l'un des gestes d'automutilation les plus fréquents, consistant à faire **des incisions** sur la peau à l'aide d'objets tranchants comme des couteaux, des lames de rasoir ou du verre.
- **Auto-infliger une brûlure.** Certaines personnes se causent des brûlures avec des cigarettes, des allumettes ou d'autres objets.
- **Se gratter ou se mordre.** Ces actions consistent à se gratter intensément la peau ou à se mordre jusqu'à provoquer des lésions.
- **Se frapper.** Se donner des coups de poing, se cogner la tête contre un mur ou d'autres surfaces dures, constituent également une autre forme d'automutilation.
- **S'arracher les cheveux.** Ce comportement, également connu sous le nom de «trichotillomanie», consiste à se tirer les cheveux jusqu'à leur extraction.
- **Ingestion de substances toxiques.** Telles que des médicaments à des doses non mortelles ou des substances non comestibles.
- **Auto-intoxication.** Cela inclut l'utilisation de substances telles que des drogues ou de l'alcool de manière à causer des dommages au corps.
- **Comportements compulsifs.** Certains comportements autodestructeurs peuvent être compulsifs, comme se ronger les ongles jusqu'à l'apparition de sang ou s'enfoncer des aiguilles dans la peau.
- **Automutilation indirecte.** Ce type d'automutilation inclut des actions telles que la promiscuité sexuelle, le jeu d'argent compulsif ou l'abus de substances.

Les facteurs contribuant au comportement d'automutilation

[1] Selon Brunner et al. (2014), 27,6 % des adolescents européens affirment s'être intentionnellement automutilés au moins une fois dans leur existence. Mais pourquoi ces derniers continuent-ils à se mutiler une fois qu'ils ont commencé cette pratique ?

Il est essentiel de comprendre que, lorsqu'une personne s'automutile, ce n'est pas pour chercher à mettre fin à ses jours, mais comme un moyen de gérer un problème ou une épreuve. Beaucoup de personnes qui s'automutilent expliquent qu'elles le font parce qu'**elles se sentent incapables d'affronter une émotion intense** (comme la tristesse ou la colère) et ont recours à l'automutilation pour essayer de réduire, gérer ou fuir ces sensations. La douleur physique peut détourner ainsi l'attention de la douleur émotionnelle, en procurant un soulagement momentané.

Le fait qu'il y ait un soulagement émotionnel suite à l'automutilation peut inciter, à l'avenir, à recourir à cette même stratégie pour gérer des émotions plus complexes. Toutefois, cet effet ne dure pas longtemps et, à moyen et à long terme, il est très probable que des sentiments encore plus intenses apparaissent, tels que la culpabilité ou la peur. Une autre explication pourrait être liée à l'auto-punition, c'est-à-dire le recours à l'automutilation comme moyen de se punir en raison d'un sentiment de culpabilité ou d'une autocritique excessive.

[2] Par ailleurs, les personnes qui s'automutilent ont tendance à manifester généralement **une plus grande détresse émotionnelle, des problèmes de relations interpersonnelles et un rendement scolaire plus faible**. Dans certaines situations, l'automutilation peut être perçue comme un appel à l'attention et une demande d'assistance.

[3] En résumé, les comportements autodestructeurs peuvent commencer à la suite de:

- **Le renforcement négatif.** L'adolescent pourrait avoir compris que ce comportement est une technique efficace à court terme pour esquiver les émotions négatives (anxiété, tristesse, culpabilité, colère, désespoir, etc.) qui causent une grande souffrance psychologique, ou pour obtenir une gestion émotionnelle apparemment efficace, lorsqu'elles se manifestent. Dans ce cas, l'objectif de l'automutilation est de fuir ou de se détacher de ce qui engendre une souffrance émotionnelle intense, en focalisant l'attention sur la douleur physique plutôt que sur les éléments de la personne qui provoquent le tourment.

Il est possible que certains traumatismes de nature émotionnelle (événements traumatisants), soient à l'origine de ces comportements comme la perte d'un proche, les violences psychologiques ou les sensations de délaissement), corporelle (expériences de violence physique ou d'agressions sexuels) ou médiatique (exposition à des contenus qui normalisent ou valorisent l'automutilation à travers les réseaux sociaux, la télévision ou les jeux vidéo).

- **Le renforcement social positif.** L'adolescent pourrait peut-être avoir compris que ce comportement semble lui apporter une certaine attention sociale ou agir comme un facteur de renforcement. Il reçoit une reconnaissance sociale bien plus immédiate et significative de la part de ses pairs ou des adultes, comparativement à ce qu'il obtient avec d'autres actions ou lorsqu'il ne se fait pas de mal. En d'autres termes, il a le sentiment que ce comportement engendre des changements sociaux qu'il considère comme bénéfiques (par exemple, il constate qu'il reçoit davantage d'affection, de soutien et d'acceptation de la part du groupe depuis qu'il s'est automutilé).
- **Une évocation d'un changement d'environnement.** L'adolescent pourrait avoir réalisé que, lorsqu'il adopte ce comportement, des changements bénéfiques se produisent dans son environnement, lui permettant ainsi de se sentir mieux. Dans cette situation, le bénéfice tiré grâce à l'automutilation n'est pas dû à la considération sociale des autres, mais aux retombées réactives secondaires de l'environnement (par exemple, après une automutilation, les adultes décident que l'adolescent ne doit plus faire face à des exigences adaptées à son âge, comme aller à l'école et passer des examens, ou bien il est déchargé de ses responsabilités).
- **La construction de l'identité.** Ce comportement peut représenter, pour l'adolescent, une sorte d'identité et un sentiment d'appartenance au groupe. Cette conduite, donc, véhicule une idéologie de vie ou s'identifie aux sous-cultures urbaines (par exemple, la sous-culture emo), ou encore exprime des discours philosophiques et émotionnels qui traduisent une vision tragique de la condition humaine. Dans ce contexte, l'automutilation est généralement réalisée en groupe et est socialement renforcée par les autres personnes qui participent à cette forme d'identité.

Dans bien des situations, le comportement autodestructeur peut être intermittent et ne pas correspondre aux critères de sévérité nécessaires pour poser un diagnostic clinique ou médical. Toutefois, l'augmentation de la fréquence et l'utilisation de différentes méthodes peuvent varier en cas d'un pronostic défavorable. Par conséquent, **la détection et l'intervention anticipée peuvent s'avérer très bénéfiques** pour éviter qu'un comportement autodestructeur occasionnel ne se transforme en problème de santé.

À cet égard, il faudra surveiller **certains indices alarmants susceptibles** de nous orienter vers une personne en proie à l'automutilation. Cela est fondamental pour détecter le problème dans sa phase initiale et pour le cerner efficacement. Voilà **quelques indices** :

- Présenter des lésions récurrentes qui ne peuvent pas être expliquées (coupures, brûlures, éraflures ou contusions inexplicables).
- Porter des tenues inappropriées pour la saison ou le climat, comme des pulls en été.
- Refuser de participer à des activités qui impliquent un changement de tenue (gymnastique, natation).
- Porter régulièrement des bandages et des pansements.
- Illustrer ou exprimer des idées associées à l'automutilation (dessins, conversations avec des pairs, etc.).
- Un besoin fréquent de confidentialité.
- Porter ou dissimuler des objets tranchants (lames, morceaux de verre, ciseaux, couteaux, etc.).
- Passer beaucoup de temps dans la salle de bain ou dans la chambre à coucher.
- Découvrir des traces de sang dans les poubelles.

Il convient de préciser que les signaux d'alarme peuvent contribuer à repérer des cas possibles d'automutilation. Toutefois, leur présence ne signifie pas forcément qu'une telle action soit entreprise par la personne. Cela est considérée comme un problème lorsque le comportement autolésionniste se transforme en une habitude régulière.

LES PRINCIPAUX MYTHES ET FAUSSES CROYANCES CONCERNANT LES COMPORTEMENTS D'AUTOMUTILATION

Voici quelques-unes des fausses croyances qui existent au sujet des comportements d'automutilation :

L'automutilation est une forme de manipulation. FAUX

Certaines personnes ont découvert que l'unique méthode pour capter l'attention des autres est de se livrer à des actes comme l'automutilation sans intention suicidaire. Leur tendance à l'automutilation ne signifie pas qu'elles sont manipulatrices. Cela indique qu'elles ont besoin d'une forme spécifique d'attention et n'ont pas encore développé de stratégies plus appropriées pour y parvenir.

L'automutilation sans intention suicidaire est un comportement pathologique et irrationnel. FAUX

Bien que l'automutilation puisse paraître incompréhensible pour certains, elle a toujours un sens au moment où cela arrive, et donc ce n'est pas un acte irrationnel. Souvent, les personnes qui se livrent à l'automutilation le font généralement pour se sentir mieux ou pour obtenir un apaisement émotionnel. Cela peut entraîner des effets indésirables sur le long terme.

La mutilation auto-infligée est un signal d'alarme indiquant qu'une personne envisage de mettre fin à ses jours. FAUX

En principe, l'automutilation sans intention suicidaire est un comportement exécuté sans volonté personnelle, c'est-à-dire sans vouloir infliger la mort. Il s'agit d'une approche néfaste pour gérer la détresse, en l'absence de stratégies plus saines et avantageuses. Toutefois, il est vrai que de nombreuses études soutiennent que l'automutilation sans intention suicidaire constitue un facteur de risque pour le suicide. En effet, lorsqu'une personne se mutile fréquemment et intensément, le risque qu'elle développe des pensées suicidaires, est généralement accru, ce qui pourrait la conduire à une tentative de suicide.

La mutilation auto-infligée est associée à un trouble psychologique. FAUX

Ces comportements ne surviennent pas uniquement dans le cadre d'un trouble psychique ; en réalité, ils sont de plus en plus courants au sein de la population non clinique et, dans plusieurs situations, peuvent se manifester hors du contexte de la santé mentale. Au cours des dernières années, il y a eu une augmentation de l'automutilation sans intention suicidaire parmi les garçons et les filles sans trouble de santé mentale, en tant qu'expression de leur malaise.

L'automutilation n'est pas un souci, de nombreuses personnes la pratiquent. FAUX

De nombreuses personnes peuvent se comporter de manière autodestructrice – peut-être en connais-tu quelques-unes qui le font – sans souffrir de problèmes de santé mentale, mais l'automutilation ne constitue pas une façon saine pour gérer la détresse. Bien que cela puisse donner l'impression de fonctionner sur le court terme, le recours à cette démarche à moyen et long terme peut engendrer des effets néfastes significatifs et empêcher la capacité de la personne à découvrir des méthodes plus saines.

Il faut résoudre les problèmes du passé pour mettre fin à l'automutilation. FAUX

Il n'y a aucune raison de penser qu'il soit nécessaire de surmonter toutes les expériences négatives passées pour mettre fin à l'automutilation. En vérité, stopper l'automutilation peut seulement l'aider à commencer à résoudre le reste de ses problèmes.

L'automutilation sans intention suicidaire est un moyen d'attirer l'attention sur soi-même. FAUX

Il existe différentes raisons pour lesquelles les personnes se mutilent et un grand nombre d'entre elles dissimulent leur automutilation pour ne pas la rendre visible. Même au sein d'une même personne, les raisons et l'apparence de l'automutilation peuvent évoluer avec le temps.

L'automutilation est une problématique qui touche particulièrement les adolescents. FAUX

Non, l'automutilation sans intention suicidaire comme mécanisme d'adaptation peut se manifester à tout âge, mais il est vrai qu'elle est plus courante chez les adolescents et les jeunes adultes.

L'automutilation ne produit pas d'effets immédiats. FAUX

Les effets de l'automutilation peuvent se manifester à court terme ainsi qu'à long terme, ces derniers pouvant s'avérer les plus graves. À court terme, ce comportement peut être stigmatisant et nuire aux relations sociales et interpersonnelles. Il conduit à l'isolement, à des sentiments d'incompréhension, d'anxiété et de détresse dans le contexte social et familial, entre autres. Parmi les effets de longue durée, en plus de la récurrence de ces conséquences immédiates, nous constatons que l'automutilation peut se transformer en un mécanisme habituel pour faire face au stress, ce qui empêche l'apprentissage de stratégies plus appropriées, avec toutes les implications que cela comporte. Par ailleurs, ce comportement autodestructeur pourrait être lié à des problèmes plus sérieux, comme l'apparition de pensées associées à la mort.

L'importance de favoriser la résilience chez les adolescents

[1] Les facteurs de protection contre les comportements autodestructeurs sont identiques à ceux qui sont liés à tout autre trouble ou souci émotionnel, et concernent **les aptitudes et les compétences des personnes à gérer des situations négatives ou stressantes de la vie** quotidienne sans adopter de conduites dysfonctionnelles ou pathologiques.

Ainsi, nous définissons la **résilience** comme l'aptitude à affronter les événements défavorables de la vie. (Dray et al., 2017). Elle a aussi été définie comme la capacité d'une personne à s'adapter à des conditions difficiles et à persévérer malgré les obstacles, ou encore comme la capacité à se remettre après un incident traumatisant ou stressant (Norris et al., 2009). Le renforcement de la résilience pendant l'adolescence (de 12 à 18 ans) est perçu comme une alternative efficace de gestion du stress pour certains troubles mentaux courants dans la société actuelle.

Les preuves indiquent que tous les adolescents qui sont confrontés à des situations défavorables ne développent pas de problèmes de santé mentale. Certaines études ont montré que la clé semble résider dans la résilience, qui est **centrale pour la récupération après des événements traumatiques ou indésirables** (Rutter, 2013). Elle est souvent définie comme la capacité à se remettre après un événement traumatique ou stressant. Cette résilience peut agir comme un facteur de protection contre le développement de troubles mentaux et, par conséquent, son absence pourrait constituer un facteur de risque pour une série de pathologies cliniques (Srivastava et al., 2019).

La résilience a une relation directe avec le bien-être psychologique. Le bien-être émotionnel et la résilience sont des aspects étroitement liés. Plus nous sommes résilients, moins nous risquons de développer des problèmes de santé mentale et plus nous avons de chance d'avoir un état de bien-être psychologique.

La résilience est la faculté de gérer et de s'ajuster à des situations inédites. Les personnes résilientes s'adaptent au changement. Elles possèdent la faculté de gérer les défis, les désagréments et le stress qui font partie de notre vie quotidienne. C'est pourquoi de nombreux spécialistes voient la résilience comme une réponse à l'épidémie de problèmes de santé mentale et comme un moyen d'atteindre un meilleur bien-être psychologique.

[2] Quelles aptitudes pouvons-nous développer pour renforcer la résilience des adolescents ?

Les aspects qui forment l'apprentissage émotionnel seront parmi les éléments essentiels sur lesquels il faudra se concentrer. Nous avons identifié comme essentielles certaines compétences spécifiques dans différentes études pour promouvoir la résilience :

- La régulation autonome des émotions.
- La capacité de conscience personnelle (intuition).
- La conscience sociale (associée à la faculté de se mettre dans la peau des autres et de comprendre leurs émotions et leurs idées).
- Les aptitudes interpersonnelles (construire et entretenir des relations, écouter activement, proposer et solliciter de l'aide, etc.)
- L'aptitude à faire des choix responsables.

Par ailleurs, dans un monde saturé de stimulations, cela les encouragera à développer la capacité de vivre l'instant présent et à se connecter aux émotions sans porter de jugement, c'est-à-dire à **adopter la pratique de la pleine conscience dans leur vie**. Cela impliquerait une formation pour rester concentré sur l'instant présent, en observant simplement ce qui se passe, en le décrivant avec des mots et en se laissant transporter par l'expérience. Cela, à son tour, contribuerait à prévenir l'impulsivité au moment d'agir ou de prendre des décisions.

L'auto-efficacité représente un autre aspect sur lequel travailler, c'est-à-dire comment nous percevons nos capacités à réaliser ce que nous désirons. Lorsque nous travaillons à développer l'auto-efficacité, les adolescents commencent à avoir plus de confiance en leur capacité à atteindre leurs objectifs. Pour atteindre leurs objectifs de vie, ils doivent passer à l'action. Il est donc essentiel qu'ils aient foi en leur capacité à accomplir ce qu'ils désirent. S'ils ne se sentent pas capables d'y parvenir, ils ont souvent tendance à se poser des limites et à renoncer avant même d'avoir essayé. C'est pourquoi il est fondamental de veiller à ce que l'adolescent adopte la conviction suivante : « Je peux atteindre mon objectif, je vais tenter, pourquoi pas ? »

« Tu ne sais jamais à quel point tu es fort jusqu'au jour où être fort reste la seule option. » Bob Marley

À ce stade, nous percevons l'importance du rapport entre la résilience et notre estime de soi. Si nous possédons une bonne estime de soi, nous serons davantage en mesure de surmonter les difficultés que nous rencontrons. Ainsi, la résilience se traduira par une plus grande aptitude à surmonter les obstacles. De même, si nous cultivons des attitudes de résilience, notre estime de soi sera renforcée, ce qui améliorera la perception que nous avons de nous-mêmes.

Alors, comment pouvons-nous développer notre résilience ? En semant et en cultivant ces attitudes, nous pouvons atteindre cet objectif :

- Ne pas avoir peur des changements que nous considérons indispensables.
- Il est important de comprendre que les crises, auxquelles nous serons certainement confrontées, ne sont pas insurmontables.
- Agir avec détermination, prendre des décisions sans crainte; l'échec résultant de nos actions ne doit pas nous freiner.
- Se souvenir de nos expériences qui nous ont aidées à surmonter les obstacles

Nos choix, notre optimisme à leur égard et la manière dont nous les gérons, seront essentiels pour poursuivre notre croissance et pour garantir que les défis ne nous freinent pas.

Il sera également crucial d'apprendre aux adolescents des tactiques d'adaptation performantes pour gérer les multiples situations qu'ils auront à affronter, étant donné qu'ils sont constamment confrontés à de nouveaux défis et à l'inconnu. Le développement de stratégies d'adaptation efficaces leur permettra de réduire le stress généré par des situations nouvelles ou même par des circonstances qui ne sont pas inédites, mais qui provoquent du stress. Ces approches englobent des compétences en communication, l'assertivité et la résolution de problèmes, entre autres.

[3] Que peuvent faire les professionnels de l'éducation pour promouvoir la résilience ?

Les environnements éducatifs peuvent favoriser le bien-être psychologique de leurs élèves. Ces contextes bénéficient également d'une position privilégiée, car ils constituent des espaces où il est possible de mettre en place des programmes de prévention universels (c'est-à-dire des programmes conçus pour tous les jeunes, pas uniquement pour ceux qui rencontrent des difficultés) pour promouvoir la santé psychologique des adolescents, en leur fournissant des compétences qui renforcent leur résilience. La salle de classe peut se transformer en un environnement parfait pour appliquer toutes les aptitudes mentionnées ci-dessus.

Au sein des institutions éducatives, outre l'application de programmes de prévention universels visant à renforcer la résilience, différentes initiatives pourraient être mises en place pour stimuler la résilience et, de ce fait, le bien-être psychologique. Des mesures telles que :

- Etablir des directives pour des relations saines.
- Développer et consolider les comportements et les attitudes appropriés.

- Proposer des opportunités pour fixer des objectifs de vie.
- Mettre en place des forums de discussion et de réflexion sur des enjeux majeurs pour les adolescents.
- Etablir des relations constructives, aussi bien entre les adolescents qu'entre les professionnels adultes et les adolescents.
- Promouvoir la prise de conscience de la santé mentale et diminuer la stigmatisation.
- Favoriser le sentiment d'appartenance des adolescents à la communauté éducative.
- Encourager la participation active des adolescents dans les activités qui favorisent une culture scolaire résiliente.



CHAPITRE

9

Le suicide

9.1

LE SUICIDE. ADMETTRE QU'IL S'AGIT D'UN GRAVE PROBLÈME

Le suicide est un choix privé et le problème de tout le monde

Ce chapitre rassemble les informations essentielles concernant le suicide: les indices précurseurs, les facteurs de risque et de protection chez les jeunes, les adultes et les personnes âgées; les différentes formes d'actions éducatives; les principales recommandations pour ceux qui pleurent un proche; et les mythes les plus répandus sur ce grave problème que nous devons affronter ensemble.

[1] Discuter du suicide représente une entreprise encore inachevée qui consiste à comprendre le phénomène, l'identification de ses causes, la connaissance des méthodes de prévention et l'élimination de sa stigmatisation. Le suicide constitue un grave problème de santé publique et, en général, la principale cause externe de décès. D'après les chiffres de 2019 fournis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), une personne se donne la mort toutes les 40 secondes, ce qui représente environ 700 000 décès évitables chaque année à l'échelle mondiale. Le suicide est encore associée à la stigmatisation et nous estimons que les statistiques sont sous-évalués, car de nombreux décès ne sont pas enregistrés comme des suicides. Sans tenir compte des répercussions de nombreuses tentatives de suicide qui ne conduisent pas à la mort, pour lesquelles aucun enregistrement n'existe ou n'existera.

[2] La prévention du suicide est jugée essentielle en matière de santé publique et figure parmi les priorités du Programme d'action, instauré en 2008 pour atténuer les disparités en santé mentale. Selon le Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020, les États membres de l'OMS ont pris l'engagement d'atteindre un objectif global qui vise à réduire le taux de suicide de 10 %, . Cependant, les statistiques montrent à peine une variation.

Au lieu de fournir une définition exacte du suicide, il peut être plus utile d'**établir un spectre de comportements suicidaires**, allant de l'intensité la plus faible à l'intensité la plus élevée. L'apparition de ces comportements permet donc d'évaluer la gravité et le niveau de dangerosité associés au comportement d'une personne.

Les symptômes du suicide

[1] **Le comportement suicidaire comprend les comportements suivants :**

- **Les pensées suicidaires.** Ces pensées vont d'une vision passive de la mort à des réflexions actives sur l'envie de mourir, y compris l'organisation même du geste fatal. Il existe un large consensus sur le fait que la planification du suicide identifie une personne comme étant fortement à au risque de suicide. Lorsque nous évoquons les pensées suicidaires, nous faisons référence à des personnes ayant des idées suicidaires actives un désir de mourir et, par conséquent, un risque considérable de passer à l'acte. Un psychiatre ou un psychologue évalue ce « haut risque », que ce soit lors d'une consultation ou au sein du service des urgences dans les hôpitaux.
- **Les menaces de suicide.** Nous les percevons comme l'expression de ces pensées, et donc comme des indicateurs d'un danger important.
- **Le geste suicidaire.** Toutes les actions préparatoires qui précèdent le début de la tentative auto-initiée, avant que celle-ci ne débute réellement. Nous sommes conscients qu'il s'agit là d'un geste suicidaire. Nous comprenons la situation sans qu'il soit nécessaire que la personne nous informe oralement de ses actions.
- **La tentative de suicide auto-initiée.** Il s'agit d'une séquence d'actions initiées par une personne qui envisage de mettre fin à sa vie à l'issue de ces actions.
- **Le suicide complet.** Une tentative qui se termine par la mort de la personne.

Prévalence

[1] Au cours des dix dernières années, l'incidence du suicide a affiché des variations significatives à la dimension internationale, influencées par différents facteurs, notamment l'âge, le sexe et les caractéristiques socio-économiques. Selon les statistiques de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le suicide demeure l'une des principales sources de mortalité dans le monde, avec une estimation dépassant les 700.000 cas annuels.

[2] La tranche d'âge la plus touchée par le suicide est celle des adolescents et des jeunes adultes, plus particulièrement des personnes âgées de 15 à 29 ans. Cette tranche d'âge présente une augmentation des taux de suicide, généralement associée à des facteurs comme la santé mentale, la pression sociale et les expériences de discrimination. Il est intéressant de signaler que les taux de suicide parmi les personnes âgées, en particulier chez celles qui ont plus de 70 ans, sont également significatifs, mettant en évidence les enjeux à l'isolement social, à la perte des proches et à une détérioration de la santé.

[3] En fonction du genre, une nette disparité dans les taux de suicide est observée. Les hommes présentent des taux de suicide nettement plus élevés que les femmes, avec une moyenne globale indiquant que les hommes se suicident presque trois fois plus souvent que les femmes. Toutefois, les femmes semblent manifester des comportements suicidaires de manière différente, présentant un taux plus élevé de tentatives de suicide, ce qui peut être attribué à différents facteurs, y compris l'utilisation de méthodes moins létales.

[4] L'incidence du suicide varie considérablement dans le monde entier. L'Asie de l'Est, comprenant des pays comme la Corée du Sud et le Japon, est caractérisée par des taux de suicide particulièrement élevés. Tous les différents facteurs culturels, les contraintes professionnelles ainsi que les attentes sociales contribuent à ce phénomène. Dans plusieurs pays d'Europe de l'Est, comme la Lettonie et la Lituanie, les taux de suicide atteignent des pics alarmants, souvent associés aux crises économiques, au chômage et à des habitudes de vie problématiques.

En revanche, certaines régions d'Afrique et du Moyen-Orient présentent des taux de suicide relativement faibles, mais cela ne veut pas dire que le problème n'existe pas; au contraire, il pourrait être sous-estimé, à cause de la stigmatisation et des tabous culturels associés au suicide. Dans ce contexte, l'absence de services de santé mentale et la crainte des répercussions sociales compliquent l'identification et la prise en charge des troubles mentaux.

9.2

LES CAUSES DU SUICIDE

Certains facteurs rendent les adolescents et les jeunes vulnérables, que ce soit à cause de la gravité de leur situation, de sa nature à long terme, que ce soit en raison de la gravité, ou bien parce qu'ils ont accumulé une série d'expériences de vie stressantes ou douloureuses pendant leur enfance. Ces situations peuvent être différentes et variées à la fois :

- conflits interpersonnels avec des pairs, difficultés d'intégration et d'acceptation au sein des groupes sociaux ;

- problèmes familiaux conflictuels ou dissolution de la famille ;
- problèmes scolaires ;
- problèmes financiers ;
- problèmes de santé physique ou mentale ;
- perte de proches ou de personnes importantes ;
- expériences d'isolement, de discrimination, de violence ou d'abus.

Les adolescents en situation de vulnérabilité sont souvent ceux qui manifestent le plus fréquemment des comportements liés à la mort. Lorsque nous évoquons le comportement suicidaire, nous désignons toute action qui exprime, d'une façon ou d'une autre, une intention de mourir. Cela peut prendre différentes formes : avoir des pensées sur la mort, planifier la façon de mourir, effectuer certaines préparations ou même passer à l'acte dans l'intention de se suicider.

9.3

LES SIGNES AVANT-COUREURS DU SUICIDE

[1] Il existe de nombreux signes qui nous avertissent du risque de suicide. D'une part, **toute expression d'une vision négative de soi-même**. Cela se traduit par des phrases telles que : « Je ne vauds rien », « Ma vie n'a aucun sens ». Il faut aussi prêter attention aux **changements comportementaux** qui révèlent une diminution de l'intérêt pour les activités que nous aimions faire.

Le suicide figure **en tête des causes de mortalité non naturelle chez les adolescents et les jeunes**. L'augmentation des tentatives de suicide et les cas signalés, ont déclenché une sonnette d'alarme dans le monde entier. Le suicide demeure un sujet inconfortable et silencieux, surtout lorsqu'il touche les adolescents et les jeunes adultes. Les statistiques épidémiologiques relatives aux décès par suicide sont explicites : au niveau mondial, on estime qu'un quart des suicides sont perpétrés par des personnes ayant moins de 25 ans.

Dans le cas des adolescents, voici quelques signes avant-coureurs :

- Absence d'espoir pour le futur, pensées pessimistes telles que « la vie ne vaut pas la peine d'être vécue » ou « rien ne changera ».
- Manque de projets de vie à court et à moyen terme.
- Mauvaise humeur, sentiments de tristesse, de handicap et faible estime personnelle.

- Changement des habitudes, du sommeil et des habitudes alimentaires et diminution du rendement scolaire.
- Problèmes à exprimer sa détresse ou sa souffrance auprès de la famille et des amis.
- Isolement à domicile et communication difficile avec la famille et les proches.
- Interruption d'activités précédemment réalisées ou impossibilité d'en bénéficier.
- Automutilation (incisions sur les avant-bras, sur les cuisses...), habituellement pratiquée pour réguler les émotions négatives.
- Souffrance liée à l'intimidation scolaire ou difficulté à construire des relations sociales stables.
- Avoir révélé ou dévoilé des expériences traumatisantes (violences sexuelles, mauvais traitements...) qui engendrent une douleur intense.
- Réaction émotionnelle démesurée dans des contextes de conflit ou absence de ressources pour y faire face.

9.4

LES PRINCIPAUX MYTHES ET FAUSSES CROYANCES SUR LE SUICIDE

Dans la conscience collective se cachent toute une série de mythes, de croyances erronées et de préjugés associés à des tabous et à des stigmatisations liées au suicide, que nous devons combattre. Ils n'aident ni ne protègent, et ne représentent que des initiatives inutiles pour exprimer pourquoi tout cela est si terrible.

La personne qui se suicide souhaite mourir. FAUX

Les personnes qui essaient et commettent un acte suicidaire manifestent souvent une ambivalence envers la vie ou à la mort. Il arrive que des personnes meurent lors d'une tentative de suicide, alors qu'elles auraient préféré demeurer en vie. Elles aspirent à se débarrasser définitivement du maleise émotionnel qu'elles ressentent.

Toutes les personnes qui ont tenté de se suicider n'arrêteront jamais d'essayer. FAUX

Il est vrai que certaines personnes tentent le suicide plusieurs fois en peu de temps, mais les pensées suicidaires ne sont pas permanentes. Dans certaines situations, elles ne font plus retour.

Les personnes qui expriment le désir de se suicider ne passeront pas à l'acte. FAUX

Environ 75% des personnes qui se suicident ont laissé un indice avant de passer à l'acte. Ces personnes préfèrent ne pas être sous les projecteurs. Ces messages ne devraient jamais être ignorés. En parler pourrait être une façon de demander de l'aide.

Évoquer le suicide pourrait inciter une personne à se donner la mort. **FAUX**

Il y a beaucoup de stigmatisation autour du suicide. La plupart des personnes qui pensent au suicide ne savent pas vers qui se tourner pour en parler. Discuter de cela pourrait constituer une opportunité pour le prévenir, pour lui offrir une perspective différente et alternative de la situation.

Le suicide ne peut être évité car c'est un acte impulsif. **FAUX**

Le taux de cas pour lesquels aucun symptôme, facteur de risque ou indice n'a été détecté est très bas. Il est sans doute très ardu de prévenir ces situations, mais dans un grand nombre de cas, plusieurs indices de comportement suicidaire peuvent être détectés. Par conséquent, la prévention constitue l'apport le plus important possible pour soutenir ces personnes.

9.5

COMMENT SOUTENIR LES IDÉES SUICIDAIRES DANS LE CONTEXTE ÉDUCATIF?

Encourager le développement des compétences de vie socio-émotionnelles et la création d'espaces sécurisés

[1] L'établissement d'**un espace sûr et chaleureux**, où les jeunes peuvent exprimer librement sans crainte de jugement leurs propres émotions et leurs propres problèmes, est l'une des initiatives les plus cruciales. L'éducateur, dans ce cadre, joue le rôle d'un interlocuteur attentif, empreint d'empathie, de confiance et de compréhension sans porter de jugement. Pour accomplir cette tâche, il pourrait organiser des séances de discussions individuelles ou collectives, structurées de manière décontractée, sans doute dans une atmosphère chaleureuse.

Par exemple, l'éducateur pourrait organiser une « semaine de l'écoute » au cours de laquelle les jeunes auraient la possibilité de planifier des entretiens individuels dans un cadre accueillant, tel qu'une bibliothèque ou une salle commune, pour évoquer leurs propres expériences et leurs propres défis émotionnels. Lors de ces séances, l'éducateur pourrait soulever des interrogations ouvertes telles que « Y a-t-il un sujet dont tu aimerais parler aujourd'hui ? » ou « Comment t'es-tu senti cette semaine ? » pour stimuler le dialogue et encourager la réflexion authentique.

[2] Il est essentiel de valoriser les **facteurs qui peuvent agir comme une barrière contre les pensées suicidaires**, comme par exemple :

Atténuer la souffrance ou renforcer les capacités d'adaptation :

- Améliorer les aptitudes à résoudre des conflits.
- Établir un lien avec un traitement en santé mentale, en particulier en présence d'abus d'alcool et de drogues.

Engagement religieux ou conviction spirituelle :

- Face à tant de souffrances, la foi permet d'appréhender la beauté de sa propre existence et la beauté de la partager avec les autres.
- Posséder des pratiques religieuses personnelles et collectives.
- Confiance dans la guérison des troubles.

Renforcer le lien avec des groupes ou des projets d'appartenance (même s'ils sont individuels):

- Développer les compétences en relations sociales.
- Une communication efficace au sein de la famille et l'implication dans les activités familiales.
- La confiance en soi.
- La présence d'enfants à charge.
- Bénéficier d'un appui familial et social, c'est-à-dire être utile et apprécié par les personnes importantes, que ce soit au sein de la famille ou parmi les groupes de pairs.
- Le sentiment d'avoir des projets ou des tâches encore à accomplir.



Les méthodes concrètes pour aborder en détail les différents aspects du suicide

Les activités ont pour objectifs de fournir des ressources tangibles pour gérer les émotions complexes et établir des relations basées sur la confiance. Voici quelques mesures techniques et pratiques spécifiques à mettre en oeuvre dans des environnements scolaires ou communautaires.

Des groupes de soutien entre pairs. Mettre en place un espace de dialogue et de soutien où les jeunes ont la possibilité d'exprimer librement leurs propres vécus, en se sentant soutenus et moins isolés. Concrètement, les éducateurs organisent des réunions de groupe, animées par un animateur, où les jeunes sont encouragés à exprimer leurs propres réflexions et leurs propres vécus de manière respectueuse et anonyme s'ils le désirent. Une attention particulière est accordée à l'écoute et au soutien réciproque, sans porter de jugement.

Matériel. Des chaises disposées en cercle pour encourager l'interaction ; l'animateur peut fournir des cartes contenant des questions ou des stimuli, comme « Parle d'un moment où tu t'es senti sous pression » ou « Y a-t-il quelque chose dont tu es fier ? ».

Rencontres. Des réunions toutes les semaines ou tous les quinze jours, durant approximativement une heure.

Un jeu de rôle (Role-Playing) pour gérer les conflits. Développer des compétences en gestion des conflits et des difficultés quotidiennes, à travers la simulation de situations problématiques. Ainsi, les participants sont répartis en couples ou en petits groupes et reçoivent des scénarios qui reproduisent des situations conflictuelles courantes (par exemple, un désaccord avec un ami ou une critique reçue). Au cours de l'activité, ils interprètent différents rôles et cherchent des solutions, puis l'éducateur mène une discussion pour analyser les stratégies utilisées.

Matériel. Des fiches avec des scénarios de conflit, des accessoires éventuels pour enrichir le cadre

Rencontres. Des réunions mensuelles ou toutes les deux semaines, pendant une heure.

Un exercice de l'Arbre de Vie. Accroître la confiance de soi et favoriser la conscience de soi, en soutenant les jeunes à visualiser leurs propres ressources et leurs propres objectifs. De manière systématique, les jeunes esquissent un arbre qui les représente : les racines symbolisent leurs atouts personnels (comme la famille, les amis, les compétences personnelles), le tronc dépeint leurs principes et leurs forces, les branches renvoient à leurs aspirations futures et les fruits incarnent les réussites ou les expériences positives réalisées.

Matériel. Du papier et des crayons de couleur, des schémas éventuels pour aider à construire l'arbre.

Rencontres. Une activité unique ou périodique à répéter tous les 3 à 6 mois pour surveiller les changements.

Des projections et des discussions de films à thème émotionnel. Favoriser le dialogue et la réflexion sur des thèmes émotionnels et relationnels à travers l'analyse de films traitant de sujets liés aux émotions, aux difficultés de l'adolescence et aux moments difficiles à surmonter, en invitant les jeunes à suggérer des films ou des séries qui traitent ce sujet. Cela signifie que les éducateurs organisent la projection de films qui traitent de thématiques émotionnelles (par exemple, l'amitié, le courage, la douleur) suivie d'une discussion guidée. Au cours de la discussion, des questions sont posées comme par exemple « Quel personnage t'a le plus marqué et pourquoi ? » ou « Comment l'histoire a-t-elle évolué par rapport au problème initial ? ».

Matériel. Un vidéoprojecteur ou une télévision, une sélection de films soi-

gneusement choisis et des questions stimulantes à poser aux participants. **Rencontres.** Une fois par mois, pour une durée totale de 2 heures (débat autour d'un film).

Des propositions de films :

« **Scialla! (Stai sereno)** » (2011) de Francesco Bruni. Ce long message aborde les problématiques de la relation entre un père et son fils, des épreuves liées à l'adolescence et aux décisions de vie. Il peut ouvrir le dialogue sur des sujets associés au développement personnelle et à la gestion des conflits familiaux et sociaux.

« **Quasi amici – Intouchables** » (2011). Le film aborde les thèmes du handicap, de l'amitié et de la camaraderie, en montrant comment les divergences peuvent enrichir et conduire à des révélations personnelles.

« **Bianca come il latte, rossa come il sangue** » (2013) de Giacomo Campiotti. Il raconte l'histoire d'un jeune homme qui tombe amoureux d'une fille malade. Le film explore la découverte de l'amour, de la souffrance et du dépassement des difficultés, des thèmes importants pour les jeunes en pleine croissance.

« **The Perks of Being a Wallflower** » (2012) de Stephen Chbosky. Ce film traite de l'amitié, des traumatismes et de la santé mentale, en suivant le parcours d'un jeune qui lutte contre ses propres démons intérieurs. Ce long métrage est parfait pour aborder les thèmes de l'estime de soi, de la résilience et du potentiel des connexions interpersonnelles.

« **Good Will Hunting** » (1997) de Gus Van Sant. L'histoire d'un jeune prodige tourmenté par des traumatismes et des insécurités. À travers sa rencontre avec un thérapeute, il affronte ses craintes et découvre sa propre valeur. Un film utile pour discuter de l'estime de soi et de la croissance personnelle.

« **It's Kind of a Funny Story** » (2010) d'Anna Boden et Ryan Fleck. Ce film qui se déroule dans un hôpital psychiatrique, raconte le parcours d'un adolescent qui cherche de l'aide pour ses pensées suicidaires. C'est une œuvre captivante pour explorer le thème de la dépression et de l'importance crucial du soutien.

Un Questionnaire d'Auto-évaluation du bien-être émotionnel. Évaluer périodiquement le bien-être émotionnel et identifier d'éventuels signes de détresse chez les jeunes, permettant ainsi de surveiller leur état d'esprit et d'intervenir si nécessaire. Ainsi, les éducateurs distribuent un questionnaire anonyme avec des questions qui aident les jeunes à réfléchir sur leur propre bien-être émotionnel. Les questions peuvent inclure « Combien de fois te sens-tu triste ou frustré ? » ou « Quand tu te sens mal à l'aise, que fais-tu pour te sentir mieux ? ».

Matériel. Des questionnaires au format papier ou au format numérique, des réponses anonymes pour respecter la vie privée.

Rencontres. Sondage réalisé tous les trois mois ou selon les besoins

Des séances de Storytelling Personnel. Encourager le partage d'expériences personnelles dans un cadre sûr et respectueux où les jeunes peuvent écouter et partager des histoires de croissance personnelle et de dépassement des obstacles. Concrètement, dans des groupes restreints, les jeunes sont invités à partager une histoire personnelle significative, qu'il s'agisse d'un moment difficile qu'ils ont réussi à surmonter ou une situation dans laquelle ils se sont sentis valorisés. Après chaque partage, le groupe exprime des commentaires encourageants et pose des questions de soutien, tout en respectant la limite de divulgation que chaque participant souhaite préserver.

Matériel. Un environnement chaleureux, un appareil d'enregistrement audio (si les participants sont d'accord, pour réécouter et discuter ultérieurement des histoires à partager).

Rencontres. Réunions mensuelles ou selon les nécessités du groupe.

Une activité de visualisation du futur (Vision Board). Aider les jeunes à créer une vision positive et motivante de leur avenir, en améliorant l'espoir et la motivation pour atteindre leurs objectifs. leurs propres objectifs. Cela signifie que les participants créent un « Vision Board » avec des images, des mots ou des symboles représentant leurs rêves et leurs objectifs futurs. Ils peuvent découper des images de magazines ou dessinez des symboles qui représentent ce qu'ils veulent atteindre.

Matériel. Des planches, des ciseaux, de la colle, du carton, des feutres et du matériel de dessin.

Rencontres. une activité annuelle ou semestrielle, utile pour réévaluer et mettre à jour ses aspirations.

Des activités de visualisation de l'avenir (Vision Board). Aider les jeunes à construire une vision de l'avenir qui soit positive et stimulante, en renforçant leur espoir et leur motivation pour réaliser leurs propres aspirations. Ceci implique que les participants élaborent un « Vision Board » intégrant des images, des mots ou des symboles qui symbolisent leurs aspirations et leurs objectifs futurs. Ils peuvent découper des images dans des magazines ou dessiner des symboles qui représentent ce qu'ils souhaitent réaliser.

Matériel. Des feuilles de papier, des ciseaux, de l'adhésif, du carton, des marqueurs et du matériel pour dessiner.

Rencontres. une activité qui se tient chaque année ou tous les six mois, indispensable pour réviser et moderniser ses ambitions.



CHAPITRE

10

Le harcèlement

10.1

COMMENT RECONNAÎTRE LE HARCÈLEMENT MORAL?

L'intimidation est une manifestation de violence

La Déclaration universelle des droits de l'enfant stipule dans ses clauses le droit à l'instruction et le droit d'être protégés contre des pratiques qui peuvent favoriser la discrimination raciale, religieuse ou de tout autre naturele droit d'être inscrits dans un esprit de compréhension, de tolérance, d'amitié entre les peuples, de paix et de fraternité universelle, etc. Une saine cohabitation scolaire reste un droit et un devoir. pour tous les membres de la communauté éducative, dont la base principale demeure la dignité de l'individu.

Le comportement de harcèlement peut être défini comme **un comportement négatif (désagréable et offensant) répété et intentionnel, de la part d'une ou plusieurs personnes, dirigé contre une personne qui a des difficultés à se défendre.**

D'après cette définition, le phénomène du harcèlement peut être caractérisé de la façon suivante :

- un comportement agressif ou qui a pour but de nuire intentionnellement ;
- un comportement qui se reproduit et persiste durablement ;

- dans une relation interpersonnelle caractérisée par un déséquilibre de pouvoir ou de force, qu'il soit réel ou perçu.

Le harcèlement semble se manifester sans provocation manifeste de la part de la personne visée. Cette définition précise que le harcèlement peut être compris comme une forme d'abus entre pairs. Ce qui le distingue des autres types de violence, c'est le cadre dans lequel il s'exerce et les caractéristiques de la relation entre les acteurs impliqués.

Le harcèlement scolaire est une forme d'intimidation ou d'agression physique, psychologique ou sexuelle à l'encontre d'une personne en âge scolaire, de manière répétée, qui cause du tort, de la peur et/ou de la détresse à la victime ou à un groupe de victimes (OMS et ONG internationale Bullying Without Borders).

Les acteurs impliqués dans des situations de harcèlement

En plus du harceleur et de la victime, d'autres personnes participent, même indirectement. Nous présentons brièvement les acteurs impliqués :

[1] Le type de victime le plus fréquent est celui des victimes passives ou soumises, qui présentent certaines caractéristiques, telles que :

- Elles sont prudentes, sensibles, calmes, introverties et timides.
- Elles sont anxieuses, incertaines, malheureuses, et ont une faible estime d'elles-mêmes.
- Elles sont déprimés et cultivent des idées suicidaires beaucoup plus souvent que leurs pairs.
- Elles n'ont souvent pas d'amis et s'entendent mieux avec les adultes qu'avec leurs pairs.
- Si ce sont des hommes, ils sont généralement physiquement moins robustes que leurs pairs.

Il existe également un autre groupe de victimes, moins nombreux : les victimes provocatrices ou victimes de harcèlement, qui se distinguent par un amalgame de modèles de réactions à la fois anxieuses et agressives. Ces jeunes rencontrent souvent des problèmes de concentration et peuvent éprouver des difficultés d'apprentissage. Ils peuvent adopter des comportements qui suscitent de l'irritation et de la tension dans leur entourage. Certains sont caractérisés comme étant hyperactifs : il n'est pas rare que leur comportement soit provocateur pour de nombreux élèves de la classe.

[2] D'autre part, il faut parler brièvement des harceleurs, qui manifestent généralement certaines des qualités suivantes :

- Un besoin pressant de contrôler et de soumettre leurs camarades à leur volonté.
- Ils sont impulsifs et se fâchent facilement.

- Ils manifestent peu de compassion envers leurs camarades qui sont victimes.
- Ils sont souvent rebelles et agressifs envers les adultes, y compris les éducateurs et les parents.
- Ils prennent souvent part à d'autres activités illégales ou transgressives, telles que le vandalisme, la criminalité et la consommation de stupéfiants.
- Si ce sont des hommes, ils sont souvent physiquement plus robustes que leurs victimes.

Il est possible d'identifier les caractéristiques psychologiques sous-jacentes au phénomène du harcèlement. Premièrement, les harceleurs ont un fort besoin de pouvoir et de domination; il semblerait qu'ils aiment exercer un certain contrôle sur autrui et soumettre les autres. Deuxièmement, en considérant les conditions familiales dans lesquelles beaucoup d'entre eux ont grandi (Olweus, 1993), il est naturel de supposer qu'ils ont développé une certaine forme d'hostilité envers le monde extérieur. Ces émotions et ces impulsions peuvent les amener à obtenir satisfaction en causant des préjudices et des souffrances à autrui. Enfin, il y a une « composante instrumentale ou bénéfique » dans leur comportement : les harceleurs obligent souvent leurs propres victimes à leur procurer de l'argent, des cigarettes, des bières et d'autres biens de valeur.

[3] *Les Témoins :*

- Ce sont des observateurs qui peuvent choisir de soutenir l'agresseur ou d'apporter de l'aide à la victime.
- Ils pourraient intensifier les harcèlements.
- Soutenir les personnes qui harcèlent.
- Négliger la situation.

[4] *L'établissement scolaire peut être :*

- L'organisation interne
- Le contexte ou l'environnement
- L'acteur engagé dans les abus.
- Celle qui prend position
- Celle qui met en oeuvre des politiques de prévention et de gestion des situations.
- Celle qui a la capacité de résoudre les conflits

[5] *La société a une responsabilité dans la mesure où :*

- Le fait d'être socialement vulnérable augmente la probabilité de vulnérabilité à l'école, qui devient alors un reflet de la société.
- Elle nie le problème.

Les manifestations du harcèlement

La victime de harcèlement présente une variété de symptômes et de signes qui peuvent se manifester sous différentes formes : harcèlement physique, psychologique, émotionnel, verbal, sexuel ou cyberharcèlement. Il existe trois catégories principales : physique, comportemental et émotionnel.

« Il est impossible d'atteindre une éducation inclusive et équitable pour tous, si les enfants ne bénéficient pas d'écoles sécurisées et dépourvues de violence, y compris celle qui est infligée par des élèves, des enseignants et d'autres membres du personnel éducatif, ainsi que des châtiments corporels ». UNESCO 2020

[1] Les personnes victimes de harcèlement peuvent éprouver des effets physiques (**signes corporels**), souvent associés au stress chronique et à l'anxiété provoquée par le harcèlement. Nous trouvons souvent, parmi les symptômes physiques les plus fréquents, des céphalées persistantes, des douleurs abdominales ainsi que d'autres troubles gastro-intestinaux dont l'origine reste indéterminée. En outre, un état de tension constant peut se traduire par des troubles du sommeil, tels que l'insomnie, les cauchemars ou des problèmes pour trouver le sommeil. Le manque de sommeil ou l'anxiété persistante demeurent des causes fréquentes de la fatigue chronique. Dans certaines situations plus extrêmes, nous pouvons remarquer des contusions ou des lésions corporelles que le jeune pourrait tenter de dissimuler par peur ou par honte.

[2] Le harcèlement entraîne souvent des **symptômes comportementaux**, c'est-à-dire des modifications significatives dans le comportement de la victime. Nous pouvons remarquer une chute soudaine des performances scolaires, étant donné que la personne pourrait devenir désintéressée ou rencontrer des problèmes de concentration. L'anxiété et le stress associés peuvent également conduire à une augmentation de l'absentéisme, alors la victime essaie d'éviter l'école ou d'autres milieux où se produisent des épisodes d'intimidation. Une autre manifestation comportementale demeure l'isolement social : la victime peut commencer à fuir les événements sociaux, privilégiant la solitude ou l'évitement de ses proches. Il arrive aussi que certaines personnes développent une phobie pour certains endroits ou situations associées au harcèlement comme se rendre à l'école ou prendre le bus.

En outre, il est possible d'observer des comportements autodestructeurs, tels que des tentatives de se blesser physiquement ou d'utiliser des substances telles que l'alcool et les drogues pour soulager la souffrance émotionnelle. Des changements dans les habitudes alimentaires, comme la perte d'appétit ou des crises compulsives de boulimie, peuvent être un autre indicateur de détresse psychologique et comportementale.

[3] Les personnes harcelées développent fréquemment des symptômes de dépression et d'anxiété, dont l'intensité peut fluctuer. Ce sont des symptômes émotionnels. Elles peuvent paraître souvent tristes ou empreintes de mélancolie la plupart du temps, manifestant un profond sentiment d'impuissance et une faible estime de soi.

Souvent, elles se sentent inadéquates ou coupables, allant jusqu'à penser que l'intimidation est en quelque sorte provoquée par elles-mêmes. Dans des circonstances prolongées, des idées suicidaires peuvent apparaître, représentant un grave danger pour la santé, un signal d'alarme. La personne peut aussi être rapidement irritable, manifester des accès de colère ou des explosions émotionnelles qui semblent démesurées par rapport à la situation.

Il se peut également que les victimes éprouvent des difficultés à exprimer précisément leurs propres sentiments, en essayant de dissimuler leur propre souffrance. Cela peut conduire à un désintérêt apparent ou à une apathie envers de nombreuses activités qui étaient autrefois plaisantes, une condition connue sous le nom d'anédonie.

Prévalence

Le harcèlement est devenu un problème de santé publique qui touche les enfants et les adolescents, indépendamment de leur statut socio-économique, de leur âge, de leur race, de leur sexe ou de leur religion. L'UNESCO, l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture a révélé qu'environ 246 millions d'enfants et de jeunes adultes à travers le monde subissent une forme de violence en milieu scolaire, avec le harcèlement qui se présente comme la forme la plus répandue.

D'après un rapport officiel de l'Organisation Internationale de Bullying Without Borders pour les Amériques, l'Europe, l'Asie, l'Océanie et l'Afrique, établi entre janvier 2022 et avril 2023 :

- 6 enfants sur 10 sont victimes quotidiennement de harcèlement et de cyberharcèlement.
- Le harcèlement et le cyberharcèlement se sont aggravés au Mexique, aux États-Unis et en Espagne.

Recherche de l'UNESCO menée dans 144 nations (2020) :

- Un étudiant sur cinq à travers le monde est victime de harcèlement.
- Une des conséquences majeures pour ceux qui sont touchés se manifeste dans les résultats scolaires : le risque d'absentéisme en classe est multiplié par deux.
- Le harcèlement a aussi un impact sur la santé.
- L'UNESCO met également en garde sur les conséquences négatives possibles pour le bien-être et la santé.

Chaque année, 200.000 enfants et adolescents perdent la vie à cause du harcèlement et du cyberharcèlement à travers le globe (5).

L'agence a averti : « Les jeunes qui en souffrent ont deux fois plus de risques de se sentir seuls, d'éprouver des difficultés à s'endormir la nuit et même d'avoir des idées suicidaires ».

Outre ces informations, nous sommes également conscients que:

- dans 85% des situations, cela se déroule à l'école.
- 82% des enfants handicapés subissent du harcèlement scolaire.
- 74% des enfants entre 8 et 14 ans ont été victimes d'actes de harcèlement au moins une fois.
- plus de 90% des actes de harcèlement ne sont pas signalés aux éducateurs.
- au moins 60% des personnes ayant été harceleurs auront au moins un épisode criminel à l'âge adulte.
- chaque mois, 3 millions d'enfants manquent l'école en raison du harcèlement.
- 9 jeunes homosexuels sur 10 sont confrontés à du harcèlement en raison de leur orientation sexuelle.

Concernant le harcèlement en ligne:

- Des statistiques provenant de 7 pays européens, indiquent qu'entre 2010 et 2014, le pourcentage de jeunes âgés de 11 à 16 ans victimes du harcèlement numérique est passé de 7% à 12%.
- « Même s'il se manifeste dans le domaine "virtuel", le cyberharcèlement a des effets tangibles sur la santé des enfants... ».
- Le harcèlement et le cyberharcèlement sont directement responsables de plus de 200.000 décès.
- Les plateformes telles que Facebook, Twitter, Instagram et WhatsApp engendrent un climat néfaste et risqué pour les enfants, les adolescents et les jeunes,
- Le cyberharcèlement sur ces réseaux sociaux sont difficiles à contrôler et il n'y a pas de lois nationales ou internationales pour défendre les victimes.

10.2

LES CAUSES DU HARCÈLEMENT

Les éléments déclencheurs et les raisons qui incitent une personne à se livrer à des actes d'intimidation sont nombreux et peuvent varier d'une personne à l'autre. Voici certaines raisons principales :

[1] Besoin de pouvoir et de contrôle. De nombreux harceleurs tentent d'imposer leur pouvoir sur les autres pour se sentir forts et dominants. Cela peut découler d'insécurité individuelles ou d'un contexte dans lequel le pouvoir est considéré comme un symbole de succès et de supériorité. Dans ces situations, le harcèlement sert à affirmer son statut social et à exercer un contrôle sur autrui.

[2] Pression sociale et conformisme au groupe. Le harcèlement a souvent lieu au sein de groupes, où les participants cherchent à être acceptés et respectés par leurs semblables. Dans ces contextes, l'individu harceleur se comporte de manière à répondre aux attentes du groupe, spécialement durant l'adolescence, moment où la validation sociale revêt une importance cruciale. Même ceux qui ne sont pas à l'origine du harcèlement peuvent être entraînés à participer pour éviter d'être marginalisés.

[3] Envie et jalousie. Des sentiments d'envie ou de jalousie peuvent être à l'origine de certains cas de harcèlement. Lorsqu'une personne remarque qu'un camarade excelle sur le plan scolaire, social ou familial, il peut utiliser le harcèlement pour diminuer l'autre et se sentir moins adapté.

[4] Expériences personnelles de violence ou d'exclusion. De nombreux harceleurs ont vécu à leur tour des expériences traumatisantes ou d'exclusion. Dans ces cas, le harcèlement peut représenter une tentative de reprendre le contrôle ou de déverser leur frustration et leur colère sur quelqu'un perçu comme plus faible. Dans certains cas, une personne qui a été victime de harcèlement par le passé peut devenir un harceleur pour éviter de revivre ces expériences ou pour se venger.

[5] Pénurie d'empathie et soucis émotionnels. Certaines personnes sont intimidées parce qu'elles ne parviennent pas à comprendre la douleur et la souffrance qu'elles infligent aux autres. L'absence d'empathie, associée à un défaut de gestion de ses propres émotions, peut déboucher sur des comportements agressifs. Notamment, les jeunes qui ont des difficultés à contrôler la colère ou la frustration peuvent avoir des comportements de manière impulsive et agressive.

[6] Plaisir et désir de divertissement. Dans certaines situations, le harcèlement peut être alimenté par une simple volonté de divertissement. Il est possible que certains harceleurs, notamment les plus jeunes, perçoivent la souffrance et l'humiliation des autres comme un moyen de distraction. Cette motivation est généralement associée à une incapacité de reconnaître les conséquences de leurs actions et à l'absence de prise de responsabilité.

[7] Sentiment d'impunité. En définitive, le harcèlement peut être alimenté par la perception de pouvoir agir sans subir de conséquences. Dans des situations où les sanctions ne sont pas définies et où les adultes n'interviennent pas promptement, les harceleurs pourraient penser que leurs actes resteront impunis, ce qui incite d'autres comportements violents.

Les signes que nous avons mis en évidence précédemment peuvent être observés dans la façon dont la personne se comporte, dans ses relations sociales, ses habitudes technologiques et son état de santé général.

[1] L'usage de la technologie est essentiel dans le harcèlement contemporain, en particulier avec l'émergence du cyberharcèlement. Il est donc possible de parler d'indicateurs technologiques. Les personnes touchées peuvent présenter différents symptômes liés à l'usage des appareils électroniques. Par exemple, nous pourrions observer une hausse ou une baisse significative de l'usage du smartphone, de la tablette ou de l'ordinateur. Dans certaines situations, la victime peut développer une obsession en contrôlant constamment les notifications, de peur de nouvelles attaques ou des messages injurieux. Paradoxalement, d'autres personnes pourraient entièrement fuir la technologie, par crainte de nouveaux abus à travers les réseaux sociaux ou les applications de messagerie.

Un autre indicateur significatif demeure le changement des habitudes en ligne. La victime peut cesser soudainement de participer aux réseaux sociaux ou supprimer complètement ses profils. Il est également courant de voir la personne changer fréquemment son numéro de téléphone ou son mot de passe de ses différents comptes, dans le but d'échapper aux harceleurs. De plus, une soudaine et inexplicable augmentation du temps passé en ligne peut suggérer que la victime cherche à être rassurée ou soutenue, ou à être confrontée à de nouveaux épisodes de harcèlement numérique.

[2] Le harcèlement a fréquemment un impact majeur sur les relations sociales de la victime. Ainsi, **les modifications dans les liens sociaux** constituent un autre avertissement. De nombreuses personnes qui en sont touchées commencent à fuir des relations qui étaient autrefois essentielles, cultivant par conséquent une profonde suspicion envers leurs semblables ou l'humanité en général. Cette attitude pourrait s'expliquer par le fait que la victime ne se sent plus en sécurité quant à la confiance qu'elle peut accorder aux autres, surtout si elle a été trahie ou moquée par des amis par le passé.

Sur le plan familial, la victime peut paraître distante et peu loquace, refusant de discuter de ce qui se passe ou de minimiser le problème lorsqu'on le lui demande. Dans d'autres cas, la victime pourrait avoir besoin d'un soutien constant de ses parents ou de ses proches, craignant de devoir affronter seule la situation scolaire ou sociale.

L'impact sur les relations peut également se manifester par une tendance chez la victime à se rapprocher de personnes plus jeunes ou moins en vue, pour éviter une attention indésirable. Parfois, la victime peut opter pour des espaces en ligne pour trouver compréhension et soutien au sein de groupes ou de communautés virtuels, tout en risquant ainsi de vivre d'autres épisodes de harcèlement.

Les actions des camarades peuvent comprendre :

- des plaisanteries désagréables, des insultes, etc.
- des courriers ou des e-mails injurieux ou menaçants.
- des surnoms.
- la suppression des fêtes ou des activités en dehors de l'école.
- l'isolement social.
- la moquerie liée à la tenue vestimentaire, l'apparence physique, les gestes,...

75% des enfants et des adolescents qui ont subi ou continuent de subir des actes de harcèlement souffrent de troubles mentaux tels que la dépression, l'anxiété, la boulimie ou l'anorexie.

10.4

LES PRINCIPAUX MYTHES ET FAUSSES CROYANCES SUR LE HARCÈLEMENT

Tout conflit entre élèves doit-il être considéré comme un acte de harcèlement ? FAUX

Pour être considéré comme du harcèlement, les comportements doivent être récurrents, il doit exister un déséquilibre de pouvoir entre la personne offensée et celle qui agresse, cette dernière doit avoir pour objectif de blesser, et la personne en question doit se retrouver dans une posture défensive

Les victimes de harcèlement sont exclusivement des personnes jeunes. FAUX

Le harcèlement est un phénomène qui peut toucher n'importe quelle personne, quel que soit son niveau culturel, social ou économique.

Ce n'est pas courant chez les femmes. FAUX

Les cas de harcèlement ne dépendent pas du sexe. Ce n'est qu'une divergence dans le comportement. L'homme à tendance agressive a principalement recours à l'agressivité physique, tandis que la femme à tendance agressive, de son côté privilégie souvent l'agressivité verbale ou sociale. Il y a une différence marquée dans le comportement des femmes qui sont les plus vulnérables.

Les harceleurs sont toujours perçus comme des « mauvais garçons ». FAUX

Les harceleurs peuvent être des enfants ou des adolescents souffrant de problèmes relationnelles, qui essaient de gérer leurs insécurités ou leurs préoccupations personnelles, en exerçant un contrôle sur les autres. Ils ne sont pas « mauvais », mais ils ont besoin d'assistance pour saisir et modifier leurs propres comportements.

Les facteurs de protection qui peuvent prévenir l'apparition du harcèlement

[1] Pour soutenir, il faut considérer certains facteurs qui peuvent préserver les éventuelles victimes de ce phénomène :

- Un des facteurs de sauvegarde les plus essentiels est une **estime de soi** élevée. Les enfants ou les adolescents qui ont une perception positive d'eux-mêmes et qui ont confiance en leurs aptitudes sont généralement mieux préparés pour gérer les situations de conflit et sont moins susceptibles de devenir des cibles pour les harceleurs.
- Un autre facteur essentiel est le **soutien familial**. Les victimes ayant des parents attentifs et impliqués, qui tiennent compte de leurs difficultés et les accompagnent, sont davantage enclines à solliciter de l'aide et à surmonter les épreuves liées au harcèlement.
- **Des relations constructives avec les pairs** constituent également une ressource essentielle. Disposer d'un cercle d'amis fiables ou même d'un simple interlocuteur sur les réseaux sociaux peut offrir un sentiment de sécurité et de sauvegarde, tout en diminuant le risque d'isolement, qui facilite généralement la situation de devenir la cible des harceleurs.
- **L'empathie et le respect mutuel** qui encouragent la compréhension et l'acceptation des différences. Dans cette perspective, c'est une responsabilité personnelle et collective, qui incite chaque jeune à veiller sur les autres et à agir face à des attitudes agressives ou discriminatoires.
- Pour finir, **un milieu scolaire sécurisé et inclusif** peut agir comme un puissant élément de protection. Lorsque l'établissement adopte des directives strictes contre le harcèlement, s'appuie sur un personnel attentif et favorise un climat de respect et d'inclusion, les enfants se sentent davantage protégés et en sécurité.
- **L'aptitude à gérer ses émotions**, en fournissant des outils pour exprimer ces dernières, de façon saine et constructive, évitant ainsi les comportements violents.
- **La sensibilisation et la prise de conscience de la notion de harcèlement**, car il est fondamental que tous les jeunes comprennent ce qu'est le harcèlement et reconnaissent ses différentes manifestations.

[2] *Les facteurs de protection pour les harceleurs.* Pour empêcher que les jeunes deviennent des harceleurs, il est essentiel d'agir au plus vite sur plusieurs aspects :

L'un des facteurs les plus efficaces est la présence de modèles exemplaires, tels que les parents, les enseignants ou les éducateurs qui inculquent le respect, l'empathie et la communication comme outils capables de résoudre des conflits. Lorsque les jeunes reconnaissent des comportements constructifs chez les adultes de référence, ils sont plus disposés à les imiter dans leurs interactions relations avec leurs camarades.

Un autre facteur de protection est **la capacité à gérer les émotions**. Des programmes pédagogiques qui assistent les enfants et les adolescents dans l'acquisition de compétences sociales et émotionnelles, telles que la gestion de la colère et de l'empathie, peuvent diminuer le risque qu'un jeune manifeste des comportements agressifs. Il est donc essentiel d'assurer **une supervision** rigoureuse des adultes, que ce soit à domicile ou à l'école, pour prévenir les actes de harcèlement. Dans des situations où les adultes surveillent attentivement les comportements et interviennent rapidement, les harceleurs sont moins susceptibles d'agir impunément.

[3] En outre, lutter contre le harcèlement dans les contextes éducatifs **demande une approche intégrée qui englobe non seulement les jeunes, mais aussi les enseignants, les parents et l'ensemble de la communauté éducative**. Les actions pédagogiques doivent s'efforcer de construire un environnement basé sur le respect et l'inclusion, en favorisant le développement des compétences sociales et émotionnelles chez les plus jeunes. Nous examinerons quelques interventions efficaces et leurs applications pratiques.

- **L'éducation socio-émotionnelle.** L'incorporation de l'éducation socio-émotionnelle dans le cursus scolaire constitue une démarche essentielle. Ce genre de formation permet aux jeunes d'identifier et de maîtriser leurs propres émotions, de développer une empathie pour autrui et d'établir des liens constructifs. Par exemple, les établissements d'enseignement pourraient mettre en place des programmes intégrant des activités de simulation, où les jeunes prennent les rôles du harceleur, de la victime et du témoin, pour discuter des émotions et des répercussions des comportements violents. Ainsi, les jeunes apprennent à comprendre la perspective des autres, acquérant ainsi une compréhension plus profonde de la souffrance infligée par le harcèlement.
- **La formation du personnel enseignant.** Une autre aspect essentiel est la formation des enseignants. Il est primordial que les enseignants disposent de méthodes pour reconnaître et gérer les comportements de harcèlement. Ces sessions de formation peuvent comporter des mises en situation de harcèlement, des échanges sur la façon d'intervenir de manière efficace et la manière d'assister les victimes. Par exemple, un enseignant pourrait se former à repérer les indices de détresse chez ses élèves et à réagir sans délai, en engageant une conversation confidentielle avec la personne concernée et, si nécessaire, en faisant intervenir les parents.

- **La création de politiques contre le harcèlement.** Il serait fondamental que les établissements scolaires élaborent et appliquent des politiques contre le harcèlement explicites et consentuelles. Ces politiques doivent préciser ce qu'est l'intimidation, les sanctions infligées aux harceleurs et le soutien apporté aux victimes. Par exemple, une institution éducative pourrait établir un code de conduite que tous les élèves sont tenus à signer en début d'année scolaire, soulignant l'importance d'un environnement sécurisé et respectueux. Les politiques devraient être clairement présentées et faciles d'accès, par exemple à travers des affiches disposées dans les salles de classe et dans les couloirs.
- **Les initiatives visant à impliquer les jeunes.** Encourager les jeunes à prendre part à des activités. Les acteurs du changement préconisent une intervention stratégique efficace. Les institutions scolaires peuvent former des groupes de travail ou des commissions dédiées à la lutte contre l'intimidation, composés de jeunes qui ont manifesté un intérêt et un engagement en faveur de cette cause. Ces organisations peuvent organiser des événements, comme des journées de sensibilisation, qui abordent les problématiques d'intimidation et favorisent l'importance du respect et de l'inclusion. Un exemple concret pourrait être une « semaine de la bienveillance » au cours de laquelle les jeunes sont encouragés à accomplir des gestes de gentillesse et à partager leurs propres expériences positives.
- **Les activités de renforcement de l'esprit d'équipe.** Les activités de consolidation de l'esprit d'équipe peuvent aider à renforcer les relations parmi les jeunes, réduisant de ce fait le danger de harcèlement. Les établissements scolaires peuvent organiser des excursions, des activités sportives collectives ou des projets de collaboration dans lesquels les jeunes coopèrent pour atteindre un objectif commun. Un projet de jardinage communautaire peut, par exemple, encourager les jeunes à travailler ensemble et à développer un sens de la responsabilité et de l'appartenance. Le partage de ces expériences peut renforcer la cohésion du groupe et établir un climat dans lequel le harcèlement est moins susceptible de se produire.
- **La création d'espaces sécurisés.** Les établissements scolaires devraient aussi créer des espaces sécurisés où les jeunes peuvent exprimer librement leurs propres préoccupations. Cela pourrait comprendre l'instauration d'« heures d'écoute » pendant lesquelles les jeunes peuvent consulter un psychologue ou un professeur de confiance pour discuter des problèmes liés au harcèlement. En outre, la mise en place d'un mécanisme de dénonciation anonyme pour signaler des épisodes de harcèlement peut encourager les jeunes à avoir plus de courage pour signaler des comportements problématiques sans crainte de représailles.
- **La collaboration avec les familles.** Il est important d'impliquer les familles pour mettre en place une stratégie de prévention qui soit efficace. Les établissements scolaires peuvent organiser des rencontres ou des ateliers pour informer les parents sur les signes de harcèlement et sur la façon d'apporter leur soutien à leurs enfants. Une réunion spécifique pourrait être proposée pour les parents

pour discuter de l'importance d'encourager l'empathie et le respect au sein de la famille, ainsi que pour fournir des informations sur la façon de réagir à d'éventuels cas de harcèlement rapportés par leurs enfants. Établir une ligne de communication fluide entre l'établissement scolaire et la famille, favorise un réseau de soutien plus étendu.

- **La supervision et l'évaluation.** Enfin, il est crucial de contrôler et d'apprécier l'efficacité des interventions mises en place. Les institutions éducatives ont la possibilité de réaliser des enquêtes auprès des jeunes pour recueillir leurs impressions sur le climat scolaire et leur position face au harcèlement. Ces données peuvent orienter les modifications potentielles des programmes et des politiques en place actuellement. Si un sondage indique que les jeunes, par exemple, n'osent pas signaler des épisodes de harcèlement, l'institution scolaire pourrait repenser sa stratégie en matière de signalement et renforcer ses dispositifs d'aide.

Essays, de manière succincte et concise, de condenser en dix commandements nos actions et nos réflexions face au harcèlement :

1. Le harcèlement ne doit pas être considéré comme une « plaisanterie ».
2. Toute personne peut être impliquée dans des actes de harcèlement et de cyberharcèlement, soit en les pratiquants, soit en étant la victime.
3. Dans les situations de harcèlement, chacun a un rôle à jouer.
4. Les garçons et les filles sont différents en matière d'agressivité.
5. Le harcèlement chez les jeunes est un problème de santé qui concerne tout le monde.
6. Le jeune, qu'il soit garçon ou fille, a besoin de soutien.
7. Le jeune, qui commet des agressions, qu'il s'agisse d'un garçon ou d'une fille, a aussi besoin de soutien.
8. Pour résoudre cette situation, une attitude résolue est nécessaire.
9. Ce sont des droits fondamentaux.
10. La collaboration de la famille est indispensable.



Les techniques pour travailler en profondeur sur différents aspects du harcèlement

Les éducateurs peuvent mettre en œuvre différentes actions pédagogiques, telles que des activités collectives et des tâches individuelles, l'utilisation d'instruments d'évaluation et la mise à disposition des ressources éducatives ciblées.

[1] Les interviews

Entretien avec la victime :

- Communiquer que nous comprenons la complexité de discuter de ce qui s'est passé ou de ce qui est en train de se passer mais aussi l'importance d'y parvenir.
- Exprimez-vous calmement et évitez de vous reprocher ce qui s'est passé ou ce qui est en cours. C'est arrivé.
- Evitez de trop parler et écoutez avec attention et empathie.
- Préciser que nous ne voulons pas aggraver la situation!



Quelques questions

Comment vas-tu ? Comment te sens-tu à l'école/au centre ?

Qu'est-ce qui te préoccupe ?

Que s'est-il passé ?

À quel endroit et à quel moment ?

Qui est-ce qui a réalisé ça ?

Pourquoi penses-tu qu'ils agissent de cette manière ?

Quelqu'un l'a-t-il compris ?

Qui est au courant de la situation ?

L'as-tu dit à quelqu'un ? À qui ?

Quelqu'un peut-il t'aider ?

Depuis quand ces situations se produisent-elles ?

Comment te sens-tu quand cela se produit ?

Que faire quand une telle situation se présente ?

Quelle serait, selon toi, la solution envisageable à ce sujet ?



Messages clés

Vous n'êtes pas à blâmer pour ce qui s'est passé.

Vous n'êtes pas seuls.

Nous croyons en vous.

Personne ne devrait avoir le pouvoir de vous faire sentir coupable.

Nous pouvons vous aider.

Entretien avec le harceleur :

- Parler calmement, en utilisant un ton de voix respectueux et non agressif, en évitant les discussions qui créent de la résistance.
- Éviter les évaluations morales ou les jugements.



Quelques questions

Comment te sens-tu à l'école/au centre ? Quelles sont tes soucis ?

Tu as de bonnes relations avec tes collègues ? Une personne m'a rapporté que l'autre jour, un inconvéient s'était produit avec... Que s'est-il passé, où et quand ? pourquoi penses-tu que cela est arrivé, comment te sens-tu quand de telles choses se produisent ? Comment penses-tu que Monsieur X se sent ? Comment envisages-tu de résoudre ce problème ? Estimes-tu que l'agression entre camarades représente un souci dans le milieu scolaire ? Quelles sont, selon toi, les formes de harcèlements les plus fréquentes entre camarade ? À quelle fréquence ces événements se produisent-elles ? Pourquoi, selon toi, certains garçons ou filles agissent-ils de cette manière ? As-tu déjà entrepris de telles actions ? Crois-tu que les événements liés à Monsieur X... pourraient être considérés comme du harcèlement et/ou du cyberharcèlement ?



Messages clés

Il est essentiel d'être conscient de ses propres actions.

Essaie de te projeter dans la situation de la personne qui subit.

Il existe d'autres moyens pour obtenir l'approbation des autres.

Que peux-tu entreprendre pour récupérer la situation et réparer le préjudice.

Il appartient aux personnes fortes d'avoir la capacité de changer.

Entretien avec des observateurs :

- Éveiller la conscience des jeunes face au harcèlement ou au cyberharcèlement, en promouvant l'empathie pour les victimes.
- Contribuer à défaire la loi du silence pour révéler les situations de harcèlement et de cyberharcèlement qui restent invisibles aux yeux des adultes.
- Encourager à reconnaître et à établir l'identité de la victime et de l'agresseur en cas de harcèlement.
- Chercher à les impliquer en offrant un soutien pour transformer leur rôle de spectateur passif en participant actif.
- Garantir la confidentialité.



Quelques questions

Quelles ont été tes impressions, lorsque tu as été témoin d'un acte de harcèlement de harcèlement ?

Comment as-tu réagi à ce moment précis ? As-tu agi ou exprimé quelque chose ?

Qu'est-ce qui t'a empêché de prendre des mesures (si tu n'as rien entrepris) ?

As-tu déjà réfléchi à ce que la victime ressentait à ce moment précis ?

Si tu étais à la place de la victime, que souhaiterais-tu que les autres entreprennent pour toi ?
Penses-tu que le harceleur changerait de comportement si une personne était intervenue ?
As-tu eu l'occasion de discuter avec la victime ou de lui apporter du réconfort suite à l'événement ?
Que ferais-tu différemment si cela venait à se reproduire ?



Messages clés

Ce qui se passe n'est pas une plaisanterie.
Ce qui se passe a un impact sur toi.
Nous sommes tous coresponsables
Comment penses-tu que se sent celui qui subit des comportements négatifs ?
La force de changer les choses se trouve dans le groupe.

Entretien avec la famille :

- Il est nécessaire de réaliser ces entretiens individuellement avec les familles des élèves en question.
- Il est important de réaliser une présentation précise, en adoptant une communication sereine.
- Il est fondamental d'employer des outils de communication appropriés (empathie, messages à la première personne, etc.) pour ne pas trop inquiéter la famille.
- Il est crucial de préciser que l'école et la famille partagent le même objectif, d'où la nécessité de leur collaboration et leur engagement.
- Il est fortement conseillé de transmettre l'assurance que les choses peuvent s'améliorer.

Il est préférable de se concentrer sur les faits plutôt que sur la personne, en s'abstenant de porter des jugements et de culpabiliser les familles.

[2] Les questionnaires anonymes pour évaluer la perception du harcèlement. Les questionnaires anonymes constituent un outil efficace pour avoir une vision globale du climat scolaire et de l'éventualité de cas de harcèlement. Les jeunes peuvent répondre à des questions qui examinent à la fois la perception de ce phénomène au sein de l'établissement scolaire et l'expérience personnelle directe. Des questions concrètes sur différents aspects pourraient comprendre :



Questions sur la perception générale du harcèlement :

- Selon toi, quelle est la fréquence du harcèlement dans nos établissements scolaires ?
- Selon toi, quelles sont les formes de harcèlement les plus fréquentes (physique, verbale, en ligne, exclusion) ?
- Penses-tu que le harcèlement représente un problème sérieux dans nos établissements scolaires ?

Questions sur l'expérience individuelle :

- As-tu déjà été victime de harcèlement ? Si c'est effectivement le cas, de quelle manière ?
- As-tu déjà assisté à des cas de harcèlement ? Si c'est vrai, comment as-tu réagi ?
- Te sens-tu à l'aise de demander de l'aide à un éducateur ou à un adulte si tu es victime de harcèlement ?
- Selon toi, les éducateurs agissent-ils, de façon adéquate, pour stopper le harcèlement ?

Questions sur l'ambiance scolaire et social :

- Est-ce que tu te sens accepté et respecté par tes amis ?
- Les informations concernant les actions à entreprendre en cas de harcèlement sont-elles suffisantes selon toi ?
- Crois-tu qu'il existe dans notre communauté des initiatives ou des projets destinés à empêcher le harcèlement ?

Questions sur les dynamiques de groupe et l'entraide mutuelle entre camarades :

- As-tu déjà été témoin d'une personne intervenant pour stopper un épisode de harcèlement ? Si tu réponds oui, qui sont-ils ? (amis, camarades, éducateurs) ?
- As-tu déjà apporté ton soutien ou pris la défense d'un ami victime de harcèlement ? Si tu réponds non, qu'est-ce qui t'a retenu ?
- Penses-tu que les jeunes manifestent une bonne collaboration et un respect mutuel ?

Questions sur l'utilisation des réseaux sociaux et le cyberharcèlement :

- As-tu déjà reçu des messages ou des commentaires offensants sur les réseaux sociaux de la part de tes amis ?
- Selon toi, le cyberharcèlement est-il plus ou moins sérieux que le harcèlement « traditionnel » ?
- Te sens-tu en sécurité en utilisant les réseaux sociaux sans avoir peur d'être harcelé ?

Questions sur les interventions et les améliorations possibles :

- Quelles actions penses-tu qu'il serait possible de prendre pour prévenir le harcèlement ?
- Aimerais-tu avoir des moments de discussion ou des projets spécifiques pour parler du harcèlement ?
- Penses-tu qu'une campagne de sensibilisation auprès des jeunes peut améliorer la situation ?

[3] Le programme de sensibilisation en salle de classe. Les professeurs peuvent organiser un cycle de rencontres de sensibilisation au harcèlement, dans lequel des thèmes essentiels sont abordés tels que l'empathie, l'inclusion et le respect réciproque. Chaque séance pourrait comporter des exercices pratiques, des échanges et des réflexions de groupe. Un exemple en situation réelle : Activité « Moi, le harceleur et la victime » : demander aux jeunes d'imaginer comment ils pourraient se sentir dans la peau de la victime, du harceleur et du témoin. Les jeunes pourront exprimer leurs propres émotions et partager leurs ressentis en petits groupes. Cette activité favorise le développement de la sensibilité émotionnelle et de l'empathie en facilitant une meilleure compréhension des conséquences du harcèlement.

[4] Le séminaire sur les émotions et la communication sans violence. Un séminaire spécialisé sur la gestion des émotions et l'expression assertive peut accompagner les jeunes à exprimer leurs propres sentiments sans avoir recours à la violence. Des méthodes de communication non-violente et d'écoute active peuvent être donc utilisées pour enseigner aux jeunes à s'exprimer avec respect envers autrui.

Atelier « Je parle, tu écoutes ». répartir les participants en binômes ; l'un partage ses émotions ou évoque une expérience éprouvante, tandis que l'autre écoute attentivement sans couper la parole, ne posant que des questions ouvertes pour apporter des éclaircissements. En fin de compte, le deuxième participant reformule ce qu'il a saisi, pour s'assurer qu'il a bien perçu le message. Cette approche encourage la compréhension réciproque et renforce l'empathie.

[5] L'élaboration d'une Charte des Valeurs. Une Charte des Valeurs commune à la classe peut fortifier le sentiment d'appartenance et l'implication dans le respect mutuel et l'acceptation réciproque. La Charte des Valeurs peut être élaborée par les jeunes, pour qu'ils se sentent partie prenante dans l'établissement des normes de conduite et des règles sociales.

Exemple concret. Commencez une conversation libre sur la signification du « respect » et de l'« acceptation » pour eux. Ainsi, les jeunes peuvent suggérer certaines valeurs essentielles et des orientations qui leur sont propres.

Chacune d'entre elles sera rédigée et signée par tous, ensuite affichée dans la salle de classe pour servir de référence permanente. Cette démarche leur donnera le sentiment d'être responsables et encouragés à honorer leurs obligations contractées.

[6] Les initiatives collectives pour l'élaboration de supports de sensibilisation. Mettre en place des projets collectifs dans lesquels les jeunes conçoivent des affiches, tournent des vidéos ou font de courtes présentations de sensibilisation au sujet du harcèlement. Ce genre de projet favorise la coopération parmi les jeunes en leur offrant l'opportunité de s'exprimer et de partager des messages positifs avec leurs semblables.

Exemple concret. Diviser la classe en groupes et attribuer à chaque groupe un thème différent, tel que «Qu'est-ce que le harcèlement scolaire?», «Comment lutter contre le harcèlement scolaire?» et «L'importance de l'empathie». Les groupes peuvent utiliser des affiches, des vidéos ou des présentations numériques pour exprimer leurs messages et partager leur travail avec le reste de l'école ou de la communauté.

[7] Les programmes de tutorat entre pairs. Créer un système de tutorat où des élèves plus âgés ou formés peuvent accompagner et soutenir les plus jeunes. Ces programmes de tutorat entre pairs sont efficaces pour créer un environnement accueillant et inclusif, en particulier pour les nouveaux arrivants qui peuvent être plus vulnérables au harcèlement scolaire.

Exemple concret. Former un groupe d'élèves seniors sur la manière de reconnaître et d'intervenir contre le harcèlement scolaire. Les tuteurs peuvent ensuite organiser des rencontres hebdomadaires avec leurs «protégés», où ils discutent des défis quotidiens et donnent des conseils sur la façon de faire face à d'éventuelles situations de mal-être.

[8] Les jeux de rôle sur des situations de harcèlement scolaire. Le jeu de rôle est une technique pratique qui permet aux jeunes d'expérimenter les différentes perspectives du phénomène : celle de la victime, du harceleur et de l'observateur. Cette activité aide les jeunes à réfléchir sur les conséquences du harcèlement scolaire et sur la manière dont ils peuvent réagir dans des situations réelles.

Exemple concret. Dans un cadre de jeu de rôle, diviser les jeunes en petits groupes et attribuer à chaque groupe un scénario décrivant une situation de harcèlement scolaire. Dans chaque groupe, un participant jouera le rôle de la victime, un autre celui du harceleur, un ou plusieurs élèves seront des observateurs, et un dernier élève prendra le rôle du défenseur. Après la simulation, chaque groupe réfléchira ensemble sur les sentiments de chaque personnage et sur les solutions alternatives possibles pour améliorer la si-

tuation. Cette activité favorise la prise de conscience et encourage les jeunes à prendre position contre le harcèlement scolaire.

[9] Les rencontres périodiques de groupes de discussion et de discussions guidées. Organiser des rencontres périodiques de discussion permet aux jeunes de s'exprimer librement sur le climat scolaire et sur les problèmes qu'ils perçoivent, offrant ainsi un espace sécurisé pour discuter également d'éventuels épisodes de harcèlement scolaire. Ces rencontres sont animées par un éducateur qui modère la conversation et encourage des réflexions constructives.

Exemple concret. Les rencontres peuvent inclure des questions telles que «Quelles situations à l'école te mettent mal à l'aise ?», «Qu'attendrais-tu de tes camarades et des adultes pour te sentir plus en sécurité ?» et «Que pourrait-on faire pour améliorer le climat scolaire ?». Après la discussion, les jeunes peuvent également formuler des propositions concrètes à mettre en œuvre avec les éducateurs.

[10] L'utilisation d'un journal des émotions. Le journal des émotions est un instrument individuel qui offre aux jeunes la possibilité de contempler leurs sentiments et d'enregistrer leurs vécus journaliers. Il encourage l'introspection et contribue à l'épanouissement de la sensibilité émotionnelle, élément essentiel pour reconnaître et gérer les situations complexes, y compris les épisodes de harcèlement scolaire.

Exemple concret. À la fin de chaque journée, les jeunes peuvent annoter dans un journal leurs propres émotions, les raisons, qui ont influencé leur état d'esprit et les actions qu'ils envisagent de mener pour affronter des situations similaires à l'avenir. L'éducateur peut encourager périodiquement ceux qui le souhaitent à partager des réflexions anonymes ou générales, et se servir de ces contributions pour discuter de techniques efficaces de gestion des émotions et de résolution des conflits.

[11] L'établissement d'un réseau d'«Ambassadeurs du Respect». Les «Ambassadeurs du Respect» sont des élèves bénévoles dédiés à veiller et à favoriser un environnement scolaire positif. Ce réseau peut également se présenter comme une ressource pour les jeunes qui se sentent seuls ou en difficulté, et peut également organiser des manifestations et des actions de sensibilisation contre le harcèlement en milieu scolaire.

Exemple concret. Les ambassadeurs, sélectionnés parmi les jeunes les plus empathiques et respectueux, peuvent être formés pour identifier et gérer en toute sécurité les situations de harcèlement scolaire. En collaboration avec les éducateurs, ils peuvent organiser, des journées thématiques, telles que la «Journée de la Gentillesse» ou la «Semaine de l'Inclusion», où ils encouragent différentes activités collectives et des petits événements, dans le but de renforcer le sentiment d'appartenance.

[12] Des rencontres avec des spécialistes et des témoignages directs. Faire appel à des spécialistes, tels que des psychologues ou des organisations spécialisées dans la lutte contre le harcèlement en milieu scolaire, peut fournir aux jeunes une vision externe et experte sur la façon d'aborder ce problème. Les témoignages d'anciennes victimes ou de personnes ayant réussi à surmonter des cas de harcèlement peuvent motiver les jeunes à demander de l'aide ou à exprimer leur opinion.

Exemple concret. Lors d'une interaction avec un spécialiste, les jeunes peuvent s'informer sur la conduite à adopter face au harcèlement dans les établissements scolaires et sur le contrôle de leurs émotions en situation complexe. Un hôte qui partage son vécu en tant que victime et comment il a obtenu l'aide requise peut inciter les jeunes à parler aux adultes lorsqu'ils rencontrent des problèmes.

[13] Des initiatives interactives en faveur du respect des différences. Des initiatives qui valorisent la diversité, telles que la création d'un «Mur de la Diversité», où chaque jeune inscrit une spécificité qui le distingue, peuvent renforcer l'inclusion et aider les jeunes à apprécier l'importance des particularités individuelles.

Exemple concret. Les jeunes peuvent concevoir une très grande affiche ou une fresque murale illustrée, intégrant des dessins, des messages et des images qui mettent en avant les aspects positifs de chaque personne. Ils peuvent inclure des mots comme «empathie», «amitié» ou «solidarité». Cette activité contribue à instaurer un milieu chaleureux où les diversités sont célébrées et respectées.

[14] Les projections et les discussions de films axées sur les émotions. Encourager la conversation et la pensée critique sur des sujets émotionnels et relationnels à travers l'analyse de films qui abordent les émotions, les défis de l'adolescence et du dépassement de situations ardues. Bien que certains films soient recommandés, il serait peut-être judicieux d'inviter les jeunes à choisir leurs propres titres de films et séries en lien avec ce sujet.

Les formateurs organisent des projections de films abordant les sujets liés au harcèlement dans les établissements scolaires ou des problèmes d'inclusion, suivie de débats animés. Au cours de la conversation, des questions telles que «Quel personnage t'a le plus impressionné et pourquoi?» ou «Comment l'histoire a-t-elle évolué par rapport au problème de départ?» sont soulevées.

«Come te nessuno mai» (1999) – Ce film, réalisé par Gabriele Muccino, dépeint les dynamiques et les troubles de l'adolescence pendant une période de grève scolaire. Il donne un aperçu des problèmes courants des adolescents, de leurs insécurités et du besoin d'appartenance.

«*Mean Girls*» (2004) – Même s'il se présente comme une comédie, ce film approfondit les jeux de pouvoir intriqués et les dynamiques d'exclusion entre les adolescents dans un établissement scolaire américain. C'est une approche à la fois simple et efficace pour aborder des discussions sur le harcèlement, l'influence des groupes et l'importance d'être authentique.

«*Cyberbully*» (2011) – Un film qui traite le thème du cyberharcèlement en suivant le parcours d'une adolescente victime de harcèlement numérique. Il est parfait pour discuter des enjeux et des risques liés aux réseaux sociaux, tout comme de l'importance d'être conscient de son comportement en ligne.

«*Después de Lucía*» (2012) – Un film dirigé par Michel Franco. Suite au décès de sa femme Lucie, Roberto déménage à Mexico avec sa fille âgée de dix-sept ans, Alejandra. Inscrite dans une école fréquentée par les jeunes de la haute bourgeoisie de la ville, lors d'une fête Alejandra fait l'amour avec un camarade et est filmée à l'aide d'un téléphone portable. Le lendemain, la vidéo commence à circuler dans l'établissement scolaire, Alejandra devient la risée des jeunes, pointée du doigt et désignée comme une fille facile, moquée par tous. De plus en plus mise à l'écart, elle subit des violences physiques de la part de ses camarades de classe et est abusée sexuellement par eux, tandis que tous restent indifférents. Au comble de la souffrance, la jeune fille s'enfuit et Roberto, tout en essayant de retrouver sa fille, met en place une vengeance implacable.

«*To This Day Project*» (vidéo animée, 2013) – Un film d'animation de courte durée inspirée par la poésie de Shane Koyczan, une ancienne victime de harcèlement, qui exprime ses expériences de manière poétique et profonde. Bien que bref, cet outil puissant permet d'aborder l'effet émotionnel du harcèlement et la nécessité d'écouter et d'appuyer les personnes qui en souffrent.

«*La classe degli asini*» (2016) (2016) – Ce film, inspiré d'une histoire vraie, narre le parcours d'une enseignante qui se bat pour l'intégration des enfants marginalisés et handicapés au sein de l'école publique. Il propose une perspective pédagogique sur la lutte contre les discriminations et encourage une réflexion sur l'école comme lieu d'inclusion.

«*Wonder*» (2017) – Inspiré du roman éponyme de R.J. Palacio, le film raconte l'histoire d'Auggie, un enfant né avec une déformation faciale, et son parcours éprouvant d'insertion vers l'intégration sociale. C'est un film qui encourage des principes tels que l'acceptation, l'empathie et le respect envers autrui.

«*I ragazzi dello Zecchino d'Oro*» (2019) – Situé dans les années 60, ce film dépeint l'histoire de jeunes qui participent à cette célèbre chorale, mettent en avant leurs expériences liées à l'amitié, à la solidarité et aux épreuves. Il illustre l'importance de la communauté et du travail collectif, tout comme celle de l'inclusion et de la résilience.

«*Il ragazzo dai pantaloni rosa*» (2024) de Margherita Ferri (2024) Le film s'inspire de l'histoire vraie d'Andrea Spezzacatena, 15 ans, victime de harcèlement et d'agression homophobe, qui s'est suicidée le 20 novembre 2012.





Conclusions

[1] Nos adolescents et nos jeunes représentent des indicateurs d'un monde en souffrance, qui indiquent que notre société et notre monde traversent de grande difficulté. Le santé mentale des jeunes met en lumière l'importance d'une priorité éducative : **la prévention et le soutien/traitement des troubles psychiques.**

Comme nous l'avons évoqué précédemment, il est également important de souligner que la stigmatisation affecte tous les aspects de la vie d'une personne atteinte d'un trouble mental : dans le cadre scolaire familial, relationnel, dans les amitiés, etc. Une stigmatisation qui perpétue des attitudes discriminatoires et qui se nourrit souvent de préjugés et de stéréotypes encore visibles dans les médias, le cinéma, la littérature et la musique que nous consommons. Il est donc essentiel d'établir des mécanismes **de sensibilisation dans nos contextes éducatifs**, de former à la gestion de «**nouvelles**» **préoccupations pédagogiques**, qui touchent tous nos contextes et surtout les jeunes, pour qu'ils puissent programmer des modifications concrètes pour éliminer la stigmatisation sociale et systémique et, par extension, l'auto-stigmatisation.

Pour entamer un processus de connaissance et de soutien préliminaire en contexte éducatif, ce guide traite de certains des troubles les plus fréquents chez les jeunes, qui sont à l'origine du malaise de nombreux jeunes évoluant dans nos espaces. Il devient primordial pour nous, en tant qu'éducateurs, de favoriser le bien-être émotionnel et psychologique et d'en assurer la prise en charge.

Lorsqu'il s'agit de prendre soin des jeunes, au-delà de l'observation, il existe différentes approches pour renforcer le lien et la relation, en renforçant et en nourrissant un climat de confiance. **Voici douze éléments clés présentés sous forme d'initiatives éducatives :**

À la fin de n'importe quelle tâche, demandez : « Comment ça s'est passé ? Est-ce que c'était très difficile pour toi ? Appliquer le sens de l'humour, le sourire, le rire et le partage des moments de détente avec les jeunes contribuent à les apaiser et à les détendre , peu importe la situation.

Observez attentivement leurs réactions pour saisir les situations qu'ils vivent.
Découvrez leurs passe-temps et leurs centres d'intérêt.
Adaptez les activités pédagogiques selon le public ciblé.
Écoutez et tenez compte de leur point de vue dans les démarches.
Décrivez les concepts complexes en recourant à des métaphores ou des histoires.
Identifiez toujours les jeunes par leur nom.
Lancez le cours, la réunion de groupe, ou la catéchèse en demandant si quelqu'un souhaite partager un événement qui lui est arrivé (5 minutes).
Ouvrez chaque rencontre avec une histoire amusante ou une plaisanterie (5 minutes).
N'hésitez pas à partager avec la classe, ou le groupe, lorsque vous traversez une journée difficile.
Ecoutez et partagez les morceaux de musique qu'ils apprécient.

[2] «Éduquer l'esprit sans éduquer le cœur, ce n'est pas éduquer du tout». Cette citation d'Aristote reste plus actuelle que jamais et est soutenue par des preuves empiriques. En vérité, aucun processus d'apprentissage n'est totalement dépourvu d'émotions. Des études scientifiques récentes ont mis en lumière la connexion profonde entre les systèmes émotionnels et cognitifs. Les émotions jouent un rôle déterminant dans l'évaluation de la qualité de la cognition.



Bibliographie

CHAPITRE 2

- American Psychiatric Association. (2013). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd.). Washington, DC : American Psychiatric Association.
- Giorgio, D. (2015). *Il disturbo d'ansia sociale: Teoria e terapia*. Milano: Franco Angeli.
- Heimberg, R. G., Dodge, C. L., & Becker, R. E. (2018). *Cognitive Behavioral Group Therapy for Social Anxiety Disorder: Evidence and Practice*. New York: Guilford Press.
- Mazzarini, L., & Monteleone, P. (2016). *Ansia e fobia sociale: Comprendere e affrontare il disturbo*. Roma: Edizioni Erickson.
- Nardone, G., & Portelli, C. (2005). *Strategie per affrontare l'ansia sociale*, Roma: Tecniche Nuove.
- Riva, P. (2019). *Ansia sociale: Come affrontarla e superarla*. Milano: Sperling & Kupfer.

CHAPITRE 3

- Bañuelos M, Planella M, de Giacomi F., *Trastornos afectivos (I): Síndrome depresivo en AAVV, Hospitalización psiquiátrica breve. Manual Clínico*. Editorial Panamericana, Madrid 2019.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. *The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)*. JAMA. 2003;289(23):3095-105.
- Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Rodríguez A, Fernández A, Pinto-Meza A, Vilagut G, et al. *Use of primary and specialized mental health care for a major depressive episode in Spain by ESEMeD respondents*. Psychiatr Serv. 2011 ;62(2):152-61.
- Marcus M, Yasamy MT, Ommeren Mv, Chisholm D, Saxena S, *WHO Department of Mental Health and Substance Abuse. Depression. A Global Public Health Concern*. Geneva: WHO. 2012.
- World Health Organization. *Mental health action plan 2013-2030*. Geneva: WHO; 2018. Organización Mundial de la Salud (OMS) 2021. Depresión. [Citado 13 octubre 2021].

CHAPITRE 4

- Falabella M. (2001). *L'ABC de la psychopathologie. Exploration, identification et prise en charge des troubles mentaux*. Edizione Magi.
- Lalli, N. (2009). *Les troubles somatoformes: aspects cliniques et psychothérapeutiques*. Franco Angeli.
- Liotti, G., & Farina, B. (2011). *Développements traumatiques : étiopathogénèse, clinique et thérapie de la dimension dissociative*. Raffaello Cortina Editore.
- Looper, K. J., & Kirmayer, L. J. (2002). *Présentation des symptômes psychosomatiques et somatisation en soins primaires*. *Psychiatric Clinics of North America*, 25(3), 579-602.
- Miniati, M., & Rucci, P. (2019). *Manuel de psychiatrie clinique*. Il Pensiero Scientifico Editore.
- Rief, W., & Martin, A. (2014). *Comment utiliser le nouveau diagnostic de trouble des symptômes somatiques du DSM-5 dans la recherche et la pratique : une évaluation critique et une proposition de modifications*. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 339-367.

CHAPITRE 5

- American Psychiatric Association (2023). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Cinquième édition, révision du texte (DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.
- Organisation mondiale de la santé. *The 11th Revision of the International Classification of Diseases* (Trad. Onzième révision de la Classification internationale des maladies) (CIM-11). 2018.
- Pérez-Gaspar M, Gual P, de Irala-Estévez J, Martínez-González MA, Lahortiga F, Cervera S. *Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras* (Trad. Prévalence des troubles du comportement alimentaire chez les adolescentes navarraises). *Med Clin (Barc)*. 2000; 114 (13):481-6.
- Groupe de travail de la Guide de Pratique Clinique sur les Troubles du Comportement Alimentaire. *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. (trad. Guide de Pratique Clinique sur les Troubles du Comportement Alimentaire) Madrid: Plan de Qualité pour le Système National de Santé du Ministère de la Santé et de la Consommation. Agence d'Évaluation des Technologies et de Recherche Médicales de Catalogne ; 2009 *Guías de Práctica Clínica en el SNS*: (Trad. Guides de Pratique Clinique dans le SNS), AATRM Núm. 2006/05-01.
- Lock J, La Via MC, AACAP. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, (Trad. Paramètre de pratique pour l'évaluation et le traitement des enfants et des adolescents souffrant de troubles du comportement alimentaire) 2015; 54(5):412-25.

CHAPITRE 6

- Bianchi di Castelbianco, F. (2017). *Troubles du comportement chez l'enfant et l'adolescent : De la diagnostic à l'intervention*. Éditions Centro Studi Erickson.
- Canevaro, A., & Trisciuzzi, L. (2019). *Inclusion scolaire et troubles du comportement : Outils stratégiques*. Carocci Éditeur.
- Di Blasio, P., & Lis, A. (2018). *La psychologie de l'enfance et de l'adolescence. Il Mulino*.
- Frick, P. J., & Viding, E. (2017). *The Handbook of Disruptive and Impulse-Control Disorders*. Wiley.
- Kazdin, A. E. (2021). *Parent Management Training : Traitement des comportements opposants, agressifs et antisociaux chez les enfants et adolescents*. Oxford University Press.
- Lochman, J. E., & Wells, K. C. (2019). *Interventions cognitives et comportementales pour les troubles émotionnels et comportementaux : Pratique scolaire*. Guilford Press.
- Pietropolli Charmet, G. (2020). *Adolescents fragiles : La difficulté de grandir*. Laterza.

CHAPITRE 7

- American Psychiatric Association. (2013). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd.). Washington, DC : American Psychiatric Association.
- Cardno, A. G., Marshall, E. J., Coid, B., Macdonald, A. M., Ribchester, T. R., Davies, N. J., Venturi, P., Jones, L. A., Lewis, S. W., Sham, P. C., Gottesman, I. I., Farmer, A. E., McGuffin, P., Reveley, A. M., & Murray, R. M. (1999). *Estimations de l'héritabilité des troubles psychotiques : la série des jumeaux psychotiques de Maudsley*. *Archives of General Psychiatry*, 56(2), 162-168. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.2.162>.
- Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. *Organisation Mondiale de la Santé*, Genève, 1992.
- Heckers, S., Barch, D. M., Bustillo, J., Gaebel, W., Gur, R., Malaspina, D., Owen, M. J., Schultz, S., Tandon, R., Tsuang, M., Van Os, J., & Carpenter, W. (2013). *Structure de la classification des troubles psychotiques dans le DSM-5*. *Schizophrenia Research*, 150(1), 11-14. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.04.039>.
- Organisation Mondiale de la Santé (1992). *Classification internationale des maladies* (10e éd.) (CIM-10). Madrid : OMS.
- Khamker, N. (2015). *Schizophrénie du premier épisode*. *South African Family Practice*, 57(5), 29-33.
- Vila-Badia, R., Butjosa, A., Del Cacho, N., Serra-Arumí, C., Esteban-Sanjusto, M., Ochoa, S., & Usall, J. (2021). *Types, prévalence et différences de genre des traumatismes infantiles dans la psychose du premier épisode. Quelle est la preuve que les traumatismes infantiles sont liés aux symptômes et aux résultats fonctionnels dans la psychose du premier épisode ? Une revue systématique*. *Schizophrenia Research*, 228, 159-179. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.11.047>.

Volkmar, F. R. (1996). *Psychose de l'enfance et de l'adolescence : une revue des 10 dernières années*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(7), 843-851. <https://doi.org/10.1097/00004583-1996070>.

CHAPITRE 8

Nock, M.K. (2010). *L'automutilation*. *Annu Rev. Clin. Psychol*, 6, 339-63.

Jarvi, S., Jackson, B., Swenson, L., Crawford, H. (2013). *L'impact de la contagion sociale sur l'automutilation sans intention suicidaire : une revue de la littérature*. *Arch Suicide Res*, 17, 1-19.

Skegg, K. (2005). *L'automutilation*. *Lancet*, 366, 1471-83.

Ladouceur, C.D. (2012). *Les systèmes neuronaux soutenant les interactions cognitives-affectives à l'adolescence : le rôle de la puberté et les implications pour les troubles affectifs*. *Front Integr Neurosci*, 6, 65.

Fox, K.R., Franklin, J.C., Ribeiro, J.D., Kleiman, E.M., Bentley, K.H., Nock, M.K. (2015). *Méta-analyse des facteurs de risque pour l'automutilation sans intention suicidaire*. *Clin Psychol Rev*, 42, 156-67.

Bresin, K., Schoenleber, M. (2015). *Différences de genre dans la prévalence de l'automutilation sans intention suicidaire : une méta-analyse*. *Clin Psychol Rev.*, 38, 55-64.

Yates, T.M., Carlson, E.A., Egeland, B. (2008). *Une étude prospective de la maltraitance infantile et du comportement automutilateur dans un échantillon communautaire*. *Dev Psychopathol*, 20, 651-71.

Klonsky, E.D., Moyer, A. (2008). *Abus sexuels durant l'enfance et automutilation non suicidaire : méta-analyse*. *Br J Psychiatry*, 192, 166-70.

Hankin, B.L., Abela, J.R.Z. (2011). *L'automutilation sans intention suicidaire à l'adolescence : taux prospectifs et facteurs de risque dans une étude longitudinale de 2 ans et demi*. *Psychiatry Res.*, 186, 65-70.

Dray, J., Bowman, J., Campbell, E., Freund, M., Wolfenden, L., Hodder, R. K., et al. (2017). *Revue systématique des interventions universelles axées sur la résilience visant la santé mentale des enfants et des adolescents dans le cadre scolaire*. *J. Am. Acad. Child. Psy.* 56, 813-824. doi: 10.1016/j.jaac.2017.07.78.

Norris, F.H., Tracy, M., Galea, S. (2009). *À la recherche de la résilience : comprendre les trajectoires longitudinales des réponses au stress*. *Social Science Medicine*, 68(12), 2190-8. doi:10.1016/j.socscimed.2009.03.043.

Rutter, M. (2013). *Revue annuelle de la recherche : la résilience dans le développement de l'enfant*. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 474-487. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02615.x>.

Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V., Hoven, C.W., et al. (2014). *Prévalence à vie et facteurs psychosociaux du comportement d'automutilation direct chez les adolescents : une étude comparative des résultats dans 11 pays européens*. *J Child Psychol Psychiatry Allied Dis-*

cip, 55(4), 337-48.

Vega D, Sintés A, Fernández M, Puntí J, Soler J, Santamarina P, Soto À, Lara A, Méndez I, Martínez-Giménez R, Romero S, Pascual JC. *Revue et mise à jour sur l'automutilation sans intention suicidaire : qui, comment et pourquoi ?* Actas Esp Psiquiatr. 2018 Jul;46(4):146-55. Epub 2018 Jul 1. PMID: 30079928.

CHAPITRE 9

Bertolotti, G., Zotti, A. M. (2020). *Le suicide chez les adolescents : Prévention et intervention*. Milan: Franco Angeli.

De Leo, D., & Padoan, L. (2017). *Le suicide : Comprendre, prévenir et soigner*. Turin : Bollati Boringhieri.

Forte, A., Vichi, M., Ghirini, S., Orri, M., & Pompili, M. (2021). Trends in suicides among Italian youth aged 10 to 25: A nationwide register study. *European Psychiatry*. (<https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/article/trends-in-suicides-among-italian-youth-aged-10-to-25-a-nationwide-register-study/1F9F2802D444DC819C9F8487C0541D3F>).

Ferrara, P., Ianniello, F., Cutrona, C., Quintarelli, F., Vena, F., Del Volgo, V., Caporale, O., Malamisura, M., De Angelis, M. C., Gatto, A., Chiaretti, A., & Riccardi, R. (2014). *A focus on recent cases of suicides among Italian children and adolescents and a review of literature*. *Italian Journal of Pediatrics*. (<https://ijponline.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13052-014-0069-3>).

Pompili, M. (2019). *Prévention du suicide : Un manuel pour les professionnels de santé et des services sociaux*. Rome : Il Pensiero Scientifico Editore.

Springer, P. (2024). *Global public concern of childhood and adolescence suicide: A new perspective*. Springer. (<https://link.springer.com/article/10.1007/s12519-024-00828-9>).

Springer, P. (2024). *Youth Suicide Prevention and Intervention*. Springer. (<https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-031-06127-1>).

Tondo, L., Baldessarini, R. J. (2018). *Suicide and mood disorders: Diagnosis, treatment, and prevention*. Bologna : Il Mulino.

Wasserman, D. (2009). Suicide among Italian adolescents: 1970-2002. *European Child & Adolescent Psychiatry*. (<https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-009-0007-x>).

CHAPITRE 10

- Ardone R., Gatti C. (2009), sous la direction de, «*Le malaise de l'adolescent et la dispersion éducative des jeunes en obligation scolaire. Une étude-intervention dans les centres de formation professionnelle de la province de Rome.*» Éditions Kappa.
- Baraldi, S., & Bianchi, M. (2015). «*Le harcèlement et le cyberharcèlement : Éduquer à la relation.*» Éditions La Meridiana.
- Borg, M. (2008). «*Le harcèlement : un phénomène en croissance.*» Franco Angeli.
- Olweus, D. (1993). «*Bullying at School: What We Know and What We Can Do.* Blackwell Publishing. «Blackwell Publishing».
- Pellegrini, D. (2010). «*Harcèlement et cyberharcèlement. L'école qui change.*» Éditions Erickson.
- Rigby, K. (2010). *Bullying in Schools: How Successful Can Interventions Be?* Australian Council for Educational Research.
- Ruggeri, A. (2016). «*Le harcèlement : parcours de prévention et d'intervention.*» Éditions Universitaires Romaines.
- Smith, P. K., & Sharp, S. (2005). «*School Bullying: Insights and Perspectives.*» Routledge.
- Sorrentino, A. (2014). «*Prévention du harcèlement : stratégies et interventions.*» Carocci.
- Save the Children – Offre des lignes directrices et des programmes éducatifs sur le harcèlement scolaire.