

## **Nous laissons tomber nos filles : tentatives de suicide chez les adolescentes, COVID-19 et détérioration du système canadien de santé mentale**

Par Melinda Vandenberg et Rebecca Hughes

La pandémie a frappé un monde déjà touché par des déséquilibres économiques en hausse et des troubles politiques. Le présent chapitre vise à mettre en lumière non seulement l'impact dévastateur des idéologies néolibérales en général sur la vie quotidienne des adolescentes au Canada, mais aussi les façons dont ces idéologies ont influé sur la pensée politique actuelle en ce qui concerne les dépenses d'aide sociale, particulièrement les investissements en santé mentale.

Le néolibéralisme a produit un système à deux niveaux. Pour la plupart des gens, l'accès aux services de santé mentale financés par l'État est devenu de plus en plus complexe et difficile. Pendant ce temps, en réponse à la demande, les services de santé mentale privés se sont multipliés, donnant l'impression générale que de l'aide est disponible. Conformément à l'esprit du néolibéralisme, dans lequel la perception devient plus importante que la réalité, la gamme apparente de services de santé mentale disponibles dissimule une réalité désastreuse. Pour de nombreuses adolescentes aux prises avec des problèmes de santé mentale, peu d'aide ou de services sont offerts. De plus, le transfert néolibéral de la responsabilité des soins de la société à la personne a placé le fardeau de l'autogestion de la santé sur les épaules des jeunes filles sans les ressources ou le suivi nécessaires. Les jeunes filles et leurs parents sont donc abandonnés dans un système de santé mentale dysfonctionnel qui ne peut offrir que des solutions d'urgence.

Un examen des publications dans les médias d'information concernant les tentatives de suicide d'adolescentes au Canada révèle un grave problème qui s'installe depuis des années et qui n'est devenu une crise perceptible que pendant la pandémie de COVID-19. Voici quelques articles, pour n'en citer que quelques-uns : « Teen Suicide on the Rise among Canadian Girls » [le suicide en hausse chez les adolescentes canadiennes] (Levinson-King), « More Teenage Girls Being Admitted to Hospital for Suicide Attempt » [de plus en plus d'adolescentes hospitalisées après une tentative de suicide] (CTV News), « Teen Suicide: Is There an Epidemic? » [le suicide chez les adolescents : une épidémie?] (Olson), « Number of Youth in Hospital after Suicide Attempt Tripled Over 4-month Period under COVID-19 » [le nombre de jeunes hospitalisés après une tentative de suicide a triplé au cours d'une période de quatre mois pendant la pandémie de COVID-19] (Brown), « From Depression to Self-Harm, Teens Are Struggling During COVID-19 » [de la dépression à l'automutilation : les adolescents souffrent pendant la pandémie de COVID-19] (Abma). Bien que l'isolement, l'augmentation des conflits à la maison et l'incapacité de compter sur le soutien d'amis aient été cités comme des causes principales de l'augmentation du nombre d'admissions aux urgences pendant les confinements, les taux alarmants de tentatives de suicide, d'automutilation et de troubles alimentaires chez les adolescentes sont en hausse depuis plus d'une décennie (Skinner et McFaul). Disons simplement que les jeunes *ne vont pas* bien : la COVID-19 n'a fait que mettre en évidence les fractures croissantes dans notre système canadien de soins de santé mentale déjà surchargé, particulièrement lorsqu'il s'agit d'offrir du soutien aux adolescentes.

### **Crise concernant l'automutilation et les tentatives de suicide chez les adolescentes**

Le suicide est l'une des principales causes de mortalité infantile au Canada. Dans la catégorie des 10 à 19 ans, le taux de suicide chez les femmes a augmenté, alors qu'il a diminué chez les

hommes, ce qui fait du genre un facteur déterminant (Skinner et McFaul). Les jeunes LGBTQ2 au Canada sont 14 fois plus à risque de se suicider que les jeunes hétérosexuels cisgenres (Abramovich); les jeunes filles bisexuelles et lesbiennes sont les plus à risque (Ferlatte et coll., 8). Bien que le suicide touche toutes les populations, les données sur le suicide au Canada indiquent que le nombre de tentatives de suicide est trois fois plus élevé chez les personnes nées au Canada que chez les immigrants (données sur le suicide au Canada). Le taux de suicide est trois fois plus élevé chez les Premières Nations que chez les non-autochtones au Canada. Chez les adolescentes autochtones, ce taux est considérable : il est 22 fois plus élevé (Kumar et Tjepkema, 5).

Malgré les données probantes qui illustrent clairement les taux croissants de suicide, de tentatives de suicide et d'automutilation chez les adolescentes et l'importance de l'attention médiatique, où sont les ressources pour faire face à cette crise? À la fin d'un article portant sur le suicide, il y a toujours une section avec des coordonnées pour obtenir de l'aide : « Si vous êtes en situation d'urgence, composez le 911. Si vous ou quelqu'un que vous connaissez souffrez de troubles mentaux, appelez Jeunesse, J'écoute au 1 800 668-6868 » (Levinson-King). La hausse des taux d'admission aux urgences au Canada (Jaakkimainen et coll.) révèle que nos urgences deviennent les principaux points d'accès aux soins de santé pour de nombreux Canadiens, surtout les jeunes filles. Même si les urgences font face à la crise immédiate, elles ne font rien pour offrir un soutien intégré et continu en santé mentale.

La population canadienne se rend aux urgences lorsqu'elle ne peut pas recevoir les soins appropriés de la part d'un médecin de famille. Le recours aux urgences au Canada s'est classé en tête d'une étude internationale comparant 34 pays développés (Jaakkimainen et coll., 1). Étant donné que le nombre d'admissions d'adolescentes aux urgences en raison de tentative de suicide

et d'automutilation a fortement augmenté, quelles sont exactement les ressources disponibles? On dit aux adolescentes et à leurs parents de composer le 911. Cependant, lorsqu'un parent d'une adolescente appelle les secours en réponse à une tentative de suicide, la seule « aide » durable et à long terme est souvent le formulaire 1 obligatoire, qui exige une consultation psychiatrique dans les 72 heures. Quelles sont les conséquences d'un interrogatoire policier et d'un séjour forcé en isolement aux urgences en attente d'une consultation psychiatrique après une tentative de suicide ou de l'automutilation? Qu'en est-il des frais d'ambulance de 45 \$ que recevra un parent en Ontario, ce qui pourrait l'inciter à hésiter à appeler le 911, surtout compte tenu de l'élément souvent répétitif des tentatives de suicide si aucune aide n'est fournie?

Le fonctionnement du système de soins de santé laisse passer de nombreuses jeunes filles entre les mailles du filet. Même lorsque des parents ou des adolescentes composent le 911 pour demander clairement de l'aide, le système est structuré de telle sorte que ces appels à l'aide sont souvent ignorés. Même si le psychiatre de l'hôpital juge que l'admission à l'unité de soins de santé mentale pour les enfants et les adolescents est nécessaire, un lit doit être libre. L'adolescente devra attendre aux urgences jusqu'à ce qu'un lit soit disponible. Une fois qu'elle sera à l'unité de santé mentale pour les enfants et les adolescents, d'autres jeunes filles attendront aussi un lit, donc le système sera particulièrement chargé et superficiel et ne pourra répondre qu'aux personnes dont les circonstances sont extrêmes.

Cette situation n'est pas propre aux adolescentes qui tentent de suicider. Elles sont victimes des défaillances plus importantes d'un système de santé mentale au Canada qui est devenu inadéquat et dysfonctionnel. Depuis 2006-2007, le nombre de visites aux urgences liées à la santé mentale chez les enfants et les jeunes de 5 à 24 ans a augmenté de 75 % (Moroz, 283). Selon une étude portant sur l'expérience des personnes qui se rendent aux urgences pour des

raisons liées à la santé mentale, les personnes s'y rendent de plus en plus en raison du manque de services de santé mentale dans la collectivité, où les temps d'attente sont devenus ridiculement longs et où peu de ressources sont disponibles en tout temps (Vandyk et coll., 587). En effet, le fait d'avoir des praticiens spécialisés en santé mentale aux urgences pour soigner les patients ayant des besoins psychiatriques pourrait être un moyen plus efficace de fournir des soins. Les données suggèrent que les patients qui ont accès à des services d'urgence psychiatrique désignés ou à du personnel infirmier spécialisé en santé mentale obtiennent de meilleurs résultats cliniques (595-96). Il serait certainement préférable d'avoir l'impression qu'un professionnel de la santé est à l'écoute et disponible plutôt que d'attendre jusqu'à 72 heures (après la consultation initiale d'un médecin aux urgences après une tentative de suicide).

L'autre enjeu concerne le plan de sortie. En raison du manque de places disponibles, de nombreuses personnes ne sont pas admises à l'unité de santé mentale et obtiennent leur congé avant d'être prêtes à partir. Une personne a dit : « Ce n'était habituellement qu'un séjour de nuit, seulement jusqu'à ce qu'ils pensent que j'étais assez bien pour partir, parce qu'ils voulaient le lit pour quelqu'un d'autre » (592). Une autre étude sur l'utilisation des urgences et les soins de médecins après la visite pour les adolescents qui s'automutilent a révélé qu'une fois que les jeunes ont obtenu leur congé, 55 % d'entre eux n'ont obtenu aucun suivi (Rosychuk et coll. 3). Seuls les patients hospitalisés ont accès aux soins psychiatriques. Une fois que le patient reçoit son congé de l'hôpital, le suivi de la médication ou des consultations est confié au médecin de famille. Mais que se passe-t-il si vous n'avez pas de médecin de famille? Même si vous avez un médecin de famille, comme l'indique un autre rapport, « contrairement à la réception d'une note de congé après une admission à l'hôpital, il n'existe aucune directive pour que les médecins de famille reçoivent de l'information sur les visites aux urgences de leurs patients. Dans un peu

moins de la moitié des cas de notre étude, les renseignements des patients qui ont visité les urgences ont été transférés à leur médecin de famille » (Jaakkimainen et coll., 5). De plus, même si 80 % des Canadiens comptent sur leur médecin de famille pour répondre à leurs besoins en santé mentale, seulement 23 % des médecins de famille disent se sentir bien préparés à des problèmes graves de santé mentale (Moroz, 283).

On suppose aussi qu'il suffit de demander de l'aide. Cependant, comme on l'a vu, demander de l'aide ne suffit pas. En raison des problèmes inhérents de notre système de soins de santé actuel, les adolescentes sont renvoyées à la maison et elles sont entièrement responsables, ainsi que leurs parents, de prendre soin d'elles-mêmes. Un système de soins de santé à deux vitesses est donc créé. Les personnes qui en ont les moyens ont accès à la multitude de services de santé mentale privés, tandis que celles dont ce n'est pas le cas doivent se contenter de se rendre aux urgences à répétition pour obtenir des soins, ou pire encore. Même pour les personnes qui peuvent se permettre des services de santé mentale privés, il y a une grave pénurie d'accès aux services psychiatriques (Moroz, 283).

Comment positionner et comprendre cette crise qui ne cesse d'être exacerbée par la COVID-19? La crise est évidente, tout comme la nécessité d'accroître le financement des services de santé mentale (Moroz, 283). Cependant, le problème est plus profond que cela. Pour comprendre où nous pouvons commencer à restructurer notre système de soins de santé actuel, nous devons déterminer où les fractures ont commencé et comment nous devons aller au-delà des idées néolibérales.

## **Effets des pratiques néolibérales sur la santé publique**

Le manque flagrant d'interventions en santé mentale, y compris l'accès à la psychothérapie (Moroz, 283), est de plus en plus aggravé par des politiques néolibérales de réduction des coûts. Les politiques néolibérales comprennent la restructuration rentable des systèmes publics de soins de santé et d'éducation, la privatisation des entités publiques et la réduction des dépenses d'aide sociale (Wilkinson et Marmot, 244). Les partisans du néolibéralisme soutiennent la réduction de l'imposition des personnes riches et des sociétés, la privatisation des entités publiques pour promouvoir les intérêts des entreprises privées et la réduction des dépenses d'aide sociale pour réduire les coûts gouvernementaux, les déficits et l'impôt. L'idéologie néolibérale prétend que le capital ou le surplus de richesse accumulé par les riches finira par « ruisseler » vers les plus pauvres (Wilkinson et Marmot, 245).

Le néolibéralisme ne fait pas seulement référence à la doctrine du capitalisme ou du libre marché, mais il suppose également une philosophie sociale et morale adoptée par les institutions dominantes. Thompson a écrit que le néolibéralisme est l'intensification de l'influence et de la domination du capital; c'est l'élévation du capitalisme, comme mode de production, en une éthique, un ensemble d'impératifs politiques et une logique culturelle (23). Selon Martinez et coll., le néolibéralisme est défini comme un ensemble de politiques économiques employées par les gouvernements conservateurs pour restructurer les politiques conservatrices comme progressistes, responsables sur le plan financier et avantageuses sur le plan social, plutôt que comme inéquitables pour les groupes démographiques pauvres ou marginalisés (1). Plus précisément, ces politiques comprennent une restructuration supposément rentable des systèmes publics de soins de santé et d'éducation, la privatisation des entités publiques et la réduction des dépenses d'aide sociale, qui en fin de compte contribuent de manière significative au manque

d'accès aux interventions médicales nécessaires et aux difficultés économiques rencontrées par la majorité, et encore plus pour les personnes marginalisées.

Les politiques et pratiques néolibérales reflètent une pénétration plus profonde du capitalisme dans les institutions politiques et sociales, et ces tendances sont entrées dans notre conscience culturelle (Harvey). Elles sont conçues à la fois pour promouvoir le secteur privé et réduire les dépenses d'aide sociale. Par conséquent, elles ne sont bénéfiques que pour quelques personnes. Chomsky (2007) soutient que ces politiques et pratiques sont intrinsèquement ancrées dans les questions de richesse et de pouvoir : « Une conclusion semble assez claire : les doctrines approuvées sont conçues pour des raisons de pouvoir et de profit » (39). Pour les familles à revenu faible ou moyen, la diminution des dépenses publiques en santé mentale fait en sorte que les personnes doivent tout payer elles-mêmes, renoncer à leur protection en santé mentale ou compter sur les urgences comme seule source de soins disponible. Si l'on tient compte du manque général d'accès à la couverture en santé mentale financée par l'État, en particulier pour les services de thérapie, les deux vitesses du système deviennent évidentes. Bien qu'un petit nombre de personnes aient accès à des services privés de santé mentale, le coût est trop élevé pour la majorité. Les principes fondamentaux du néolibéralisme comprennent le soutien de l'entreprise libre, la réduction des services sociaux, la privatisation des sociétés d'État et la réduction des prestations sociales, toutes promues sous le nom de « responsabilité individuelle » ou la responsabilité morale du citoyen inspiré par l'éthique (1). Autrement dit, la responsabilité de l'État dans la croissance de la crise de l'automutilation et des tentatives de suicide est attribuée aux adolescentes déjà affligées et leurs parents.

## Avènement de la « responsabilité individuelle » néolibérale

En 1946, la Saskatchewan a été la première province canadienne à instaurer une assurance maladie universelle qui garantissait des soins hospitaliers gratuits à ses citoyens. En 1966, le gouvernement libéral fédéral de Lester B. Pearson a accordé cette protection à chaque province grâce à la *Loi sur les soins médicaux* (Granatstein, Abella, Bercuson, Brown et Neatby, 181). Le gouvernement fédéral canadien a joué un rôle crucial dans la promotion des mouvements nationalistes sociaux pendant les décennies qui ont suivi la Grande Dépression : « En raison de la force du consensus de [Tommy] Douglas, l'opposition au régime d'assurance maladie a été forcée de sortir des politiques des partis » (181). Les principes essentiels qui sous-tendent le système universel de santé du Canada sont demeurés en grande partie intacts pendant la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle. En 1984 et en 1999, les dirigeants provinciaux ont réaffirmé la *Loi canadienne sur la santé* de 1957 : ils ont souligné la nécessité d'un programme d'assurance maladie universel, complet, transférable et accessible à toute la population.

Cependant, au cours des dernières années, l'État-providence canadien a subi une série de changements de philosophie. Les établissements de santé ont de plus en plus défini les soins de santé en termes de responsabilité personnelle (plutôt que de responsabilité étatique ou gouvernementale) et, ce faisant, ils ont été en mesure de détourner l'attention non désirée du débat public sur les inégalités dans le système de soins de santé, vers la responsabilité individuelle et le choix personnel (Lupton, 44). En d'autres termes, le « choix personnel » est de chercher les options thérapeutiques les plus efficaces pour votre adolescente suicidaire même lorsque le coût est prohibitif et que la demande croissante rend les services privés difficiles à obtenir. En ce qui concerne les services financés par l'État, en Ontario, 12 000 enfants et jeunes attendaient jusqu'à 2,5 ans pour obtenir des services (Moroz, 283). Selon des statistiques, si votre

filles de 13 ans tente de se suicider 7 fois, elle ne recevra pas de services publics de santé mentale avant l'âge de 16 ans. Si nous combinons ce discours de responsabilité individuelle avec l'érosion croissante du financement des services de santé mentale, nous obtenons un mélange toxique et potentiellement mortel.

### **Mondialisation des politiques en matière de santé néolibérales**

Les idéologies néolibérales ont nui à la santé de toute la population. Le discours néolibéral s'inscrit de plus en plus dans la réforme des politiques de santé dans le monde : « Cette tendance est particulièrement évidente au Royaume-Uni, au Canada, aux États-Unis, en Australie et en Nouvelle-Zélande, où la philosophie néolibérale interpelle les décideurs et les membres du secteur privé » (McGregor, 82). McGregor fait référence à une rhétorique néolibérale ponctuée d'expressions comme « réduction des dépenses, démantèlement, désindexation, réduction du déficit, nantis et démunis, compétitivité, réduction des effectifs, déclin de l'État providence, inefficacités, inévitabilité, fermetures, diminution des services, désassurés, frais d'usagers, soins de santé à deux vitesses, soins de santé à but lucratif, escalade des coûts, libre marché, érosion des soins de santé, obligation de faire des choix politiques difficiles, besoins malheureux et sacrifices justifiables » (83).

Le discours sur les soins de santé a connu des changements radicaux au cours des dernières décennies au Royaume-Uni, au Canada, aux États-Unis, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Les politiques, pratiques et directives néolibérales ont effectivement détourné l'attention des notions de bien public, de justice sociale et de soins universels, et ont plutôt concentré l'attention publique sur le besoin urgent de promouvoir la responsabilisation, de réduire la dette publique et de limiter les dépenses d'aide sociale. Le mandat canadien de soins

de santé socialisé affirme que tous les résidents, peu importe leur statut économique, ont des droits égaux aux services de soins de santé curatifs et préventifs. Toutefois, comme il a été révélé, ce n'est malheureusement pas le cas. L'absence de services de santé mentale pour les adolescentes qui tentent de se suicider ou qui s'automutilent est symptomatique de l'effondrement plus vaste du système de soins de santé actuel du Canada.

### **Conclusion**

La crise actuelle liée à la hausse des tentatives de suicide chez les adolescentes a été attribuée par les médias à la COVID-19. Bien que l'anxiété et l'isolement liés à la COVID-19 aient certainement multiplié les visites d'adolescentes aux urgences, ils n'ont fait que mettre en lumière un problème qui sévissait depuis une dizaine d'années. Ils ont également mis en évidence le manque extrême de ressources en santé mentale disponibles pour répondre à la demande croissante causée par la COVID-19. Étant donné que les urgences sont de plus en plus la seule forme de soins, le nombre de visites à l'urgence continuera d'augmenter. Nous devons porter davantage attention à la structure de notre système de soins de santé mentale. Nous devons non seulement fournir le financement nécessaire, mais aussi abandonner l'esprit néolibéral de la responsabilité individuelle qui a gouverné notre système de santé. Nous devons restructurer nos services de santé mentale afin d'allouer davantage de fonds aux services communautaires plutôt que d'en décharger la responsabilité sur les médecins de famille. Tous les services de santé mentale, y compris la thérapie, devraient être financés par l'État et faire l'objet d'un suivi et d'une surveillance par les soins psychiatriques (et non seulement des soins de santé familiale) pour les médicaments prescrits. En tant que société, nous devons nous assurer que si une adolescente recourt au 911, elle ne se perdra pas dans un dédale bureaucratique sous-financé et dysfonctionnel. Le fait de tenir compte de la capacité des adolescentes à s'y retrouver dans les

processus bureaucratiques et ainsi à accéder aux services d'intervention ne s'attaquera pas aux causes profondes des problèmes de santé mentale. Il pourrait toutefois améliorer la qualité de vie des centaines d'adolescentes qui envisagent de s'automutiler ou de se suicider en période de bouleversement émotionnel important.

### Ouvrages cités

Abma, S. (2021, 15 mars). « From Depression to Self-Harm, Teens Are Struggling During COVID-19 ». *CBC News*.

Abramovich, A. (2016). *LGBTQ2S Youth Suicide*, Ville de Toronto.

Brown, D. (2021, 18 mars). « Number of Youth in Hospital after Suicide Attempt Tripled Over 4-Month Period under COVID-19 ». *CBC Hamilton*.

CTV News. (2020, 31 janvier). « More Teenage Girls Being Admitted to Hospital for Suicide Attempts: INSPQ ». *La Presse canadienne*.

Ferlatte, O., Gaudette, M. et Pang, C. (2021, octobre). « 2SLGBTQI Suicide Prevention Research in Canada: Evidence, Gaps, and Priorities. PHAC Suicide and its Prevention Final Report ». *Égale*. École de santé publique de l'Université de Montréal.

Granatstein, J. L., Abella, I. M., Bercuson, D. J., Brown, R., Craig, H., Neatby, H. et Blair, H. (1983). *Twentieth Century Canada*. McGraw-Hill Ryerson Ltd. Toronto

Harvey, D. (2007). *A brief history of neoliberalism*. Oxford University Press. New York.

Jaakkimainen, L., Chung, H., Lu, H., Pinzaru, B. et Candido, E. (2021). *The Receipt of Information by Family Physicians about Their Patient's Emergency Department Visits: A Record Linkage Study of Electronic Medical Records to Health Administrative Data*. *BMC Family Practice*.

Kumar, M. B. et Tjepkema, M. (2019, juin). *Taux de suicide chez les Premières Nations, les Métis et les Inuits (2011 à 2016) : résultats de la cohorte santé et environnement du recensement canadien (CSERCAN) de 2011*. Statistique Canada.

Levinson-King, R. (2017, 13 mars). « Teen Suicide on the Rise among Canadian Girls ». *BBC News*. Toronto.

Lupton, D. (2003). « Medicine as culture. Illness, disease and the body in Western societies ». *Sage*.

Martinez, E. et Garcia, A. (1997, 1<sup>er</sup> janvier). « What is Neo-Liberalism? » *National Network for Immigrant and Refugee Rights*.

McGregor, S. (2001). « Neoliberalism and health care ». *International Journal of Consumer Studies, Special Edition on Consumers and Health*, 25(2), 82-89.

Moroz, N, Moroz, I. et Slovinec D'Angelo, M. (2020). « Mental Health Services in Canada: Barriers and Cost-Effective Solutions to Increase Access ». *Forum Gestion des soins de santé*, 33(6), 282-287.

Olson, R. (2012). *Teen Suicide: Is There An Epidemic?* Centre de prévention du suicide. InfoExchange 6.

Rosychuk, R., Johnson, D. W., Urichuk, L., Dong, K. et Newton, A. S. (2016). « Does Emergency Department Use and Post-Visit Physician Care Cluster Geographically and Temporally for Adolescents Who Self-Harm? A Population-based 9-year Retrospective Cohort Study from Alberta, Canada ». *BMC Psychiatry*.

Skinner, R. et McFaull, S. (2012). *Suicide among Children and Adolescents in Canada: Trends and Sex Differences, 1980-2008*. Association médicale canadienne.

*Données sur le suicide au Canada*. (2016). Agence de la santé publique du Canada.

Vandyk, A. D., Young, L., MacPhee, C. et Gillis, K. (2018). « Exploring the Experiences of Persons Who Frequently Visit the Emergency Department for Mental Health-Related Reasons ». *Qualitative Health Research*, 28(4), 587-599.

Wilkinson, R. et Marmot, M. (éd.). (2003). *Social determinants of health: The solid facts*. Organisation mondiale de la Santé.