



**LA SANTÉ MENTALE ET LES MALADIES MENTALES :  
UN RÉSUMÉ**

**François Côté**  
Division des sciences et de la technologie

**Odette Madore**  
Division de l'économie

**Le 4 mars 2003**

---

**PARLIAMENTARY RESEARCH BRANCH  
DIRECTION DE LA RECHERCHE PARLEMENTAIRE**

**La Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement travaille exclusivement pour le Parlement, effectuant des recherches et fournissant des informations aux parlementaires et aux comités du Sénat et de la Chambre des communes. Entre autres services non partisans, elle assure la rédaction de rapports, de documents de travail et de bulletins d'actualité. Les analystes peuvent en outre donner des consultations dans leurs domaines de compétence.**

**THIS DOCUMENT IS ALSO  
PUBLISHED IN ENGLISH**

## TABLE DES MATIÈRES

	<b>Page</b>
INTRODUCTION.....	1
NOTIONS ET DÉFINITIONS.....	2
ÉTIOLOGIE.....	5
LA SANTÉ MENTALE, LA MALADIE MENTALE ET LE CERVEAU .....	6
TROUBLES COMMUNS.....	9
A. Schizophrénie.....	12
B. Troubles de l’humeur .....	14
C. Troubles anxieux.....	16
D. Troubles de l’alimentation .....	17
E. Troubles de la personnalité .....	19
F. Atteintes cérébrales organiques et maladies dégénératives du système nerveux.....	21
G. Les maladies mentales chez les enfants .....	23
COMORBIDITÉ MENTALE ET PHYSIQUE .....	24
MALADIE MENTALE ET DÉPENDANCES.....	24
COMPORTEMENT SUICIDAIRE .....	25
MALADIES MENTALES AU COURS DE LA VIE .....	26
CONCLUSION.....	28



CANADA

LIBRARY OF PARLIAMENT  
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

## **LA SANTÉ MENTALE ET LES MALADIES MENTALES : UN RÉSUMÉ**

### **INTRODUCTION**

La santé mentale est un élément essentiel de la santé et du bien-être d'un individu. Étant donné les multiples répercussions que peuvent avoir les problèmes psychologiques et les maladies mentales sur les gens, personne n'échappe à leur influence. Les maladies mentales sont extrêmement coûteuses, sur le plan du potentiel des individus, de la productivité et de la participation à la vie de la société, ainsi qu'en termes de vies. Nous ne réussissons à mesurer qu'une petite partie du fardeau qu'elles imposent à notre société. Le reste est occulté, sans que l'on puisse en parler ou en déterminer l'ampleur, en raison principalement de la réprobation et de la discrimination dont font l'objet les personnes atteintes de maladies mentales.

Malgré les multiples efforts déployés pour enlever à la maladie mentale son caractère honteux et créer un environnement où il est possible d'en discuter, de chercher de l'information, un traitement et un soutien, le domaine de la santé mentale reste, comme l'a dit le commissaire Romanow, le parent pauvre de l'assurance-santé au Canada.

Depuis quelques années, la santé mentale et les maladies mentales occupent une place plus grande dans le programme politique, surtout en raison des efforts incessants de divers intervenants dans le domaine. C'est pourquoi le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a entrepris en février 2003 une étude sur la santé mentale et les maladies mentales au Canada et qu'il publiera deux rapports thématiques sur la question. De plus, le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes a songé à étudier la question à deux reprises au moins au cours des deux dernières années. À la récente assemblée annuelle de l'Association canadienne pour la santé mentale, les membres de cette dernière ont exhorté un panel de députés de toute appartenance politique à attirer l'attention du Parlement sur la question.

Le présent document a pour but de fournir des renseignements de base sur la santé mentale, ainsi que sur les problèmes, les troubles ou les maladies qui perturbent l'équilibre précaire de cette santé. Le document comporte des définitions, de l'information sur l'étiologie des maladies mentales, la biologie et la biochimie du cerveau et une description des maladies les plus courantes.

## NOTIONS ET DÉFINITIONS

Les notions et les termes relatifs à la santé mentale ne sont pas faciles à définir. À l'intérieur d'un même pays, plus d'un terme peut désigner une même réalité<sup>(1)</sup>. Même au Canada, les spécialistes du domaine utilisent souvent les termes de manière interchangeable. Il est par conséquent utile de définir le vocabulaire de la santé mentale et de faire des distinctions.

L'Unité de promotion de la santé mentale de Santé Canada définit la *santé mentale* comme la capacité qu'a une personne de ressentir les choses, de réfléchir et d'agir de manière à améliorer son aptitude à jouir de la vie et à relever les défis<sup>(2)</sup>. Autrement dit, c'est la manière de se percevoir soi-même, de percevoir sa vie, d'entrer en relation avec les autres, de gérer le stress, d'évaluer les défis et les problèmes, d'explorer les choix et de prendre des décisions.

Selon la Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health (alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale), *une bonne santé mentale* favorise l'estime de soi, le bonheur, l'intérêt pour la vie, la satisfaction au travail, la maîtrise de soi et le sentiment de cohésion. On admet généralement qu'une bonne santé mentale est essentielle pour réaliser son plein potentiel et contribuer de manière significative à la vie de la société<sup>(3)</sup>.

Par contre, les *problèmes de santé mentale* dénotent une capacité – cognitive, sociale ou affective – amoindrie qui empêche une personne de jouir de la vie et de relever des défis. Le manque d'estime de soi, la frustration, l'épuisement psychologique, le stress et

---

(1) Les pays examinés à cette fin sont l'Australie, le Canada, le Royaume-Uni et les États-Unis.

(2) Santé Canada, Unité de la promotion de la santé mentale, *Promotion de la santé mentale : Promouvoir la santé mentale, c'est promouvoir le meilleur de nous-mêmes – Foire aux questions* (<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/sante-mentale/psm/questions.html>).

(3) Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health, *A Call for Action – Building Consensus for a National Action Plan on Mental Illness and Mental Health*, document de travail, 2000, p. 7.

l'anxiété, la dépression, la détresse et la déficience cognitive sont autant d'indicateurs de problèmes de santé mentale<sup>(4)</sup>.

Selon l'Association des psychiatres du Canada, les *troubles mentaux* ou *maladies mentales* désignent, de façon générale, des modèles de comportement ou des réactions émotionnelles d'intérêt clinique qui sont associés à un certain niveau de détresse, de souffrance (douleur, mort) ou d'incapacité fonctionnelle (p. ex. interactions à l'école, au travail et dans la famille)<sup>(5)</sup>.

Il est généralement admis qu'au cours de sa vie, chaque personne éprouve à certains moments des sentiments d'isolement, de solitude, de détresse affective ou de rupture. Il s'agit habituellement de réactions normales à court terme aux situations difficiles (départ de l'école, tensions au travail, divorce, deuil, changements du mode de vie, etc.). Ainsi, les problèmes psychologiques qui ne durent pas, ne se répètent pas et n'entraînent pas de déficience importante ne correspondent pas aux critères de la maladie mentale.

Il existe différents types de maladies mentales, dont la gravité peut atteindre différents degrés. En outre, de nombreuses maladies mentales sont de nature épisodique ou cyclique; une personne peut avoir des épisodes de maladie aiguë, mais aussi de longues périodes de bien-être.

Dans un rapport qu'il a présenté en 1999, le directeur du Service de santé publique des États-Unis affirme que la santé mentale et la maladie mentale ne sont pas des pôles diamétralement opposés, mais qu'il est possible de les considérer comme des points d'un continuum<sup>(6)</sup>. Il existe des liens entre la santé mentale, les problèmes de santé mentale et la maladie mentale.

Ce continuum est bien illustré dans le diagramme 1, qui est divisé en quatre quadrants. Dans le premier, les personnes ont une bonne santé mentale et n'ont pas de maladie mentale. Dans le deuxième quadrant se trouvent les personnes dont la santé mentale est éprouvée par des tensions graves, mais qui ne souffrent pas d'une maladie mentale. Dans le

---

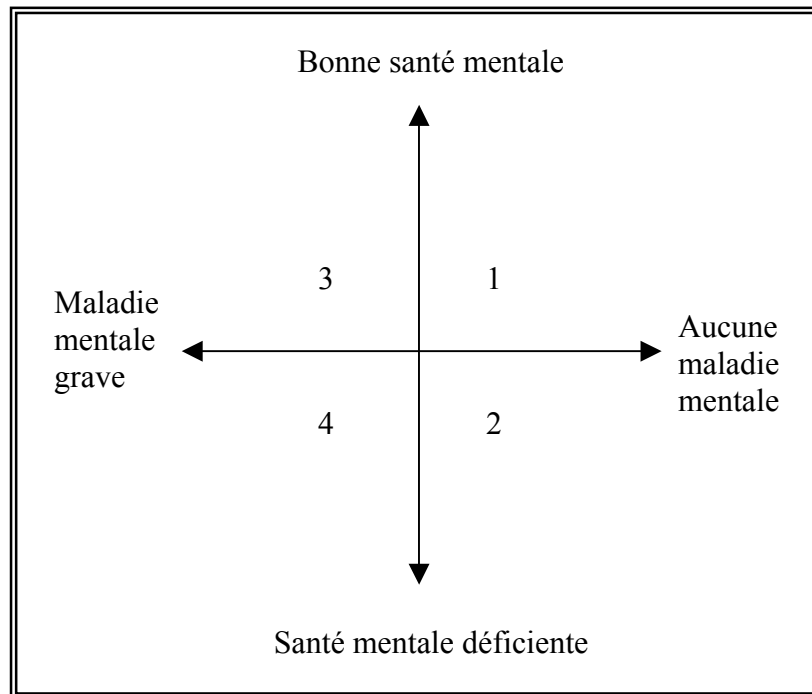
(4) Thomas Stephens *et al.*, « La santé mentale de la population canadienne : une analyse exhaustive », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 20, n° 3, 1999.

(5) Association des psychiatres du Canada, *La jeunesse et les maladies mentales* ([http://www.cpa-apc.org/MIAW/pamphlets/Youth\\_fr.asp](http://www.cpa-apc.org/MIAW/pamphlets/Youth_fr.asp)).

(6) U.S. Department of Health and Human Services, *Mental Health: A Report of the Surgeon General*, National Institute of Mental Health, 1999, p. 4.

troisième, les personnes peuvent souffrir d'une maladie mentale, mais ont tout de même une bonne santé mentale. Avec un revenu assuré, l'appui solide de sa famille et de ses amis, un foyer et un emploi où retourner après les épisodes de maladie, une personne peut être en mesure de faire face au défi que constitue la maladie mentale. Dans le quatrième quadrant, les personnes sont atteintes de maladie mentale et éprouvent des tensions graves qui affectent leur santé mentale. Elles sont parfois sans emploi, vivent pauvrement dans un logement médiocre et ont peu de soutien familial et social. Elles sont parfois l'objet de stigmatisation ou de discrimination et ont peu d'accès aux études et aux occasions d'emploi satisfaisant. Le quatrième quadrant est celui des personnes qui ont le plus besoin des services de santé mentale et du soutien de la collectivité<sup>(7)</sup>.

**Diagramme 1 : Continuum de la santé mentale**



Source : Department of Health and Community Services, *Valuing Mental Health – A Framework to Support the Development of a Provincial Mental Health Policy for Newfoundland and Labrador*, Gouvernement de Terre-Neuve et du Labrador, septembre 2001, p. 4.

(7) Department of Health and Community Services, *Valuing Mental Health – A Framework to Support the Development of a Provincial Mental Health Policy for Newfoundland and Labrador*, Gouvernement de Terre-Neuve et du Labrador, septembre 2001, p. 5.

## ÉTIOLOGIE

L'étiologie est l'étude des origines et des causes d'une maladie. L'étiologie examine les processus biologiques, comportementaux et socioculturels fondamentaux. On ignore les causes précises de la plupart des maladies mentales, mais on connaît toutefois les forces générales qui les façonnent : ce sont des facteurs biologiques (y compris les facteurs génétiques), psychologiques et socioculturels. La maladie mentale, autant que la maladie physique, est influencée par l'interaction complexe de ces facteurs. En raison de la complexité de cette interaction, il est extrêmement difficile de déterminer les causes des maladies mentales. À cette difficulté s'ajoute la confusion qui entoure souvent la différence entre les relations de cause à effet et les corrélations.

Les influences biologiques et physiques sur la santé mentale et la maladie mentale sont nombreuses et comprennent les gènes, les infections, les traumatismes physiques, l'alimentation, les hormones et les toxines (p. ex. le plomb). Presque toutes les maladies mentales graves courantes sont associées à un risque génétique important. Cependant, la recherche montre aussi qu'une prédisposition génétique à développer une maladie mentale se manifeste parfois seulement chez les sujets qui sont exposés à des facteurs environnementaux de stress (comme l'exposition fœtale à des substances psychoactives, les infections, un milieu familial disloqué, le délaissement, l'isolement et les traumatismes) qui suscitent la pathologie<sup>(8)</sup>.

Les cas de maladie mentale sont observés plus fréquemment chez les membres de la famille immédiate d'une personne atteinte de maladie mentale. L'étude de la prévalence accrue de la maladie mentale dans les familles tend à porter sur la schizophrénie, la maladie bipolaire, la dépression précoce, l'autisme, l'hyperactivité avec déficit de l'attention, l'anorexie mentale, le trouble panique et autres troubles mentaux. L'étude de l'incidence de ces maladies dans les familles et les résultats des analyses moléculaires initiales du génome des familles indiquent que l'hérédité – particulièrement en ce qui concerne les anomalies biochimiques du cerveau – joue un rôle dans la transmission de la vulnérabilité à tous les troubles déjà mentionnés, de génération en génération<sup>(9)</sup>.

---

(8) U.S. Surgeon General (1999), p. 52.

(9) *Ibid.*, p. 53.



Cela étant dit, la recherche montre qu'aucun gène ou même aucune combinaison de gènes ne détermine si quelqu'un aura une maladie ou un trait de comportement particulier. La maladie mentale découlerait de l'interaction de nombreux gènes, laquelle constitue un risque qui serait amplifié par les facteurs environnementaux.

L'environnement, que ce soit le milieu physique, psychologique ou social, a une influence sur l'apparition ou la récurrence d'une maladie mentale. Il existe de plus en plus de données permettant d'affirmer que les changements à long terme dans le fonctionnement du cerveau peuvent se produire en réaction aux facteurs environnementaux comme la stimulation, l'exposition au stress chronique ou post-traumatique, ou divers types de carence. Les facteurs comme la situation familiale, les pressions en milieu de travail, la condition socioéconomique de la personne, les choix de style de vie (p. ex. la toxicomanie) et les structures de pensée et de comportement acquises peuvent aussi précipiter ou influencer l'apparition, l'évolution et le dénouement de la maladie mentale. Pour des raisons d'ordre biologique ou psychosocial ou les deux, l'âge et le sexe influent sur les taux de maladie mentale.

En général, les maladies mentales sont le résultat d'une interaction complexe des facteurs biologiques, caractériels et environnementaux. Cependant, le cerveau est la voie commune finale pour la maîtrise du comportement, de la connaissance, de l'humeur et de l'anxiété. Pour comprendre la maladie mentale et la santé mentale, il est donc nécessaire d'apprendre comment fonctionne le cerveau et comment il est modifié par la maladie mentale.

## **LA SANTÉ MENTALE, LA MALADIE MENTALE ET LE CERVEAU<sup>(10)</sup>**

Pour comprendre le fonctionnement du cerveau, il est essentiel de définir les rôles que jouent les structures particulières du cerveau pour intégrer l'information, générer des réactions physiologiques ou donner naissance à des comportements.

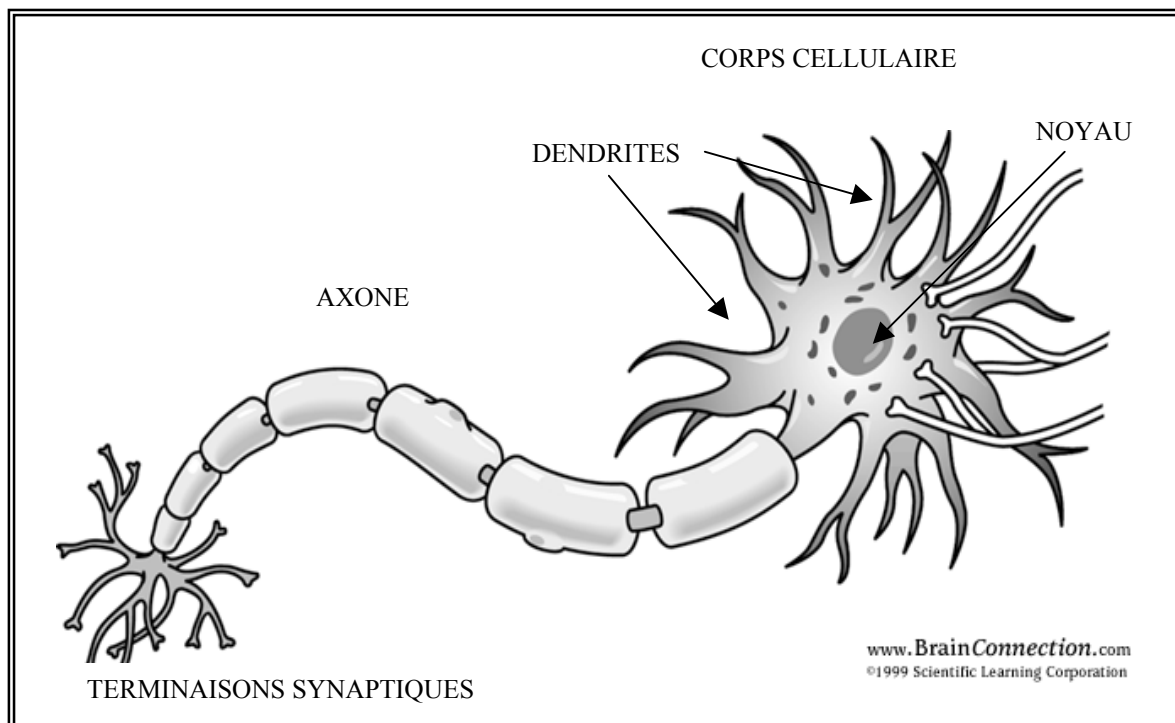
---

(10) L'information contenue dans cette section est basée sur les documents suivants : Organisation mondiale de la santé, *La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*, chapitre premier : « La santé mentale vue sous l'angle de la santé publique », 2001, p. 1-18; The Society for Neuroscience, *Brain Facts – A Primer on the Brain and Nervous System*, 2000; U.S. Department of Health and Human Services, *Mental Health: A Report of the Surgeon General*, chapitre 2 : « The Fundamentals of Mental Health and Mental Illness », National Institute of Mental Health, 1999, p. 31-116; Early Years Study Reference Group (coprésidé par l'honorable Margaret McCain et le docteur Fraser Mustard), *Reversing the Real Brain Drain – Early Years Study*, rapport final, chapitre premier : « Neuroscience and Early Child Development », avril 1999.

Le cerveau humain est un organe extrêmement complexe qui sert de centre de coordination du système nerveux. À ce titre, il régule tout ce que nous faisons, pensons, ressentons et disons. Le cerveau contient environ 100 milliards de neurones et un grand nombre d'autres cellules. Les *neurones* sont des cellules nerveuses spécialisées qui reçoivent et traitent l'information et se la transmettent de l'une à l'autre au moyen de signaux ou d'impulsions électriques. Ainsi, le fonctionnement du cerveau dépend de la capacité des cellules nerveuses à communiquer entre elles.

Chaque neurone est formé de trois parties : le corps cellulaire (ou soma), les dendrites et l'axone. Le *corps cellulaire* contient le noyau et les autres structures intracellulaires nécessaires à la vie du neurone. Les *dendrites* sont les prolongements cellulaires qui portent l'impulsion ou le signal électrique vers le corps cellulaire. L'*axone* porte l'impulsion électrique du corps cellulaire vers l'extérieur du neurone.

**Diagramme 2 : Le neurone (illustration)**



Lorsque les impulsions électriques parviennent à la fin de l'axone, elles arrivent à la synapse, où elles doivent franchir un espace jusqu'au prochain neurone. Les *synapses* sont en effet des points de connexion entre les neurones. Chaque neurone fait en moyenne plus de 1 000 connexions synaptiques avec d'autres neurones.

L'impulsion électrique elle-même étant incapable de traverser l'espace synaptique, le transfert de l'information au niveau des synapses se fait par l'intermédiaire d'une chaîne de réactions chimiques qui se terminent par la libération des *neurotransmetteurs*. Les neurotransmetteurs franchissent l'espace pour s'arrimer aux protéines spécialisées (les récepteurs) à la surface du neurone adjacent. L'interaction du neurotransmetteur et du récepteur a pour effet de reconvertir l'impulsion chimique en impulsion électrique et de la transmettre au neurone receveur. Au total, il existe plus d'une centaine de neurotransmetteurs différents dans le cerveau. On peut les grouper en quatre catégories principales : l'acétylcholine, les amines (p. ex. dopamine, sérotonine, épinéphrine et norépinéphrine), les acides aminés (p. ex. acide  $\gamma$ -aminobutyrique) et les peptides (p. ex. endorphines).

Les neurones et les synapses forment des circuits pour le traitement de l'information. La complexité du cerveau tient en partie au fait qu'un seul neurone peut faire partie de plus d'un circuit. L'organisation de ces circuits aboutit à la spécialisation des différentes régions géographiques du cerveau. Chacune de ces régions spécifiques donne lieu à des processus mentaux et comportementaux complexes. Par exemple :

- Le cortex (matière grise externe) est une matière complexe qui comprend :
  - le lobe frontal, siège de la conscience, du contrôle des émotions et de la parole, de la signification et de l'association de mots;
  - le lobe pariétal, siège de l'attention visuelle, de la perception tactile et de l'intégration des sens;
  - le lobe occipital, siège de la vue;
  - le lobe temporal, siège de l'ouïe, de l'acquisition de la mémoire et de la catégorisation des objets.
- L'amygdale (au centre du cerveau) régit certains aspects de l'apprentissage affectif, notamment les sentiments de peur et le comportement agressif.
- L'hippocampe (aussi au centre du cerveau) joue un rôle dans l'apprentissage, la mémoire et les émotions.
- Le tronc cérébral est l'extension inférieure du cerveau qui relie ce dernier à la moelle épinière. Il régule les fonctions de base comme la respiration, la circulation, la température du corps, le rythme cardiaque et la tension artérielle.

On a démontré le lien entre les maladies mentales et certaines perturbations de la communication neuronale dans des circuits précis. Dans la schizophrénie, des anomalies de la maturation des circuits neuronaux produiraient parfois des changements détectables dans la physiologie au niveau des tissus macroscopiques, menant à un traitement inapproprié ou mésadapté de l'information. Dans la dépression, le risque de maladie serait attribuable aux variations de la réactivité des circuits neuronaux. Le neurotransmetteur sérotonine joue un rôle important autant dans la pathogenèse que dans le traitement de la dépression.

La recherche moderne montre que le cerveau n'est pas statique. En effet, la structure du cerveau est modifiée au cours des différentes périodes de la vie. Plus précisément, des changements structuraux et biochimiques se produisent dans le cerveau au cours du développement neuronal pendant l'enfance, au cours du fonctionnement cérébral normal pendant la vie adulte et, à divers degrés, au cours du vieillissement :

Au stade fœtal, les gènes déterminent la formation du cerveau et lui confèrent une structure spécifique et hautement organisée. Ce développement fœtal peut aussi être influencé par des facteurs environnementaux tels que la nutrition de la femme enceinte et son abus de certaines substances (alcool, tabac et autres substances psychoactives), ou l'exposition à des rayonnements. Après la naissance et pendant toute la vie, tous les types d'expérience ont le pouvoir non seulement d'induire une communication immédiate entre les neurones, mais aussi de déclencher des processus moléculaires qui remodelent les connexions synaptiques [...] Ce processus, appelé *plasticité synaptique*, modifie littéralement la structure physique du cerveau. De nouvelles synapses peuvent se créer, d'anciennes disparaître et les synapses existantes être renforcées ou affaiblies.<sup>(11)</sup>

C'est exactement en raison de ce processus de plasticité synaptique que le traitement de la maladie mentale se situe à deux niveaux : l'utilisation de médicaments et la thérapie psychologique pour amener un changement effectif dans le cerveau.

## **TROUBLES COMMUNS**

Au Canada, la classification des maladies mentales pour la recherche, les statistiques ou le diagnostic est faite à l'aide du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) publié par l'American Psychiatric Association, ou de la Classification

---

(11) OMS (2001), p. 6-7.

internationale des maladies (CIM), section des troubles mentaux, publiée par l'Organisation mondiale de la Santé :

- Le DSM contient une liste des maladies mentales et des codes diagnostiques correspondants. La quatrième édition du DSM (DSM-IV) a été publiée en 1994 et révisée en 2000 (DSM-IV-TR); c'est le recueil des normes utilisées pour le diagnostic aux États-Unis, mais il est aussi largement employé et accepté ailleurs.
- La dixième révision du code international (CIM-10) a été publiée en 1993 et, en mai 2002, on a proposé la mise en application aux États-Unis d'un projet de méthode de codage pour les modifications cliniques (CIM-10-MC). Jusqu'à l'approbation de ce projet, la CIM-9-MC demeurera la méthode de codage officielle aux États-Unis. La CIM-9-MC constitue un moyen de classer les données sur la morbidité pour l'indexation des dossiers médicaux, des examens des descriptions de maladie, des programmes de soins ambulatoires et autres soins médicaux, ainsi que des statistiques élémentaires sur la santé. Elle est fondée sur la CIM-9 de l'OMS.

Le DSM-IV emploie les codes de la CIM-9-MC pour aider à la tenue de dossiers médicaux du clinicien. Cependant, le DSM-IV contient des sous-types et des critères impossibles à coder selon la CIM-9-MC. Les résidents canadiens en psychiatrie doivent savoir utiliser les critères de diagnostic du DSM et de la CIM. Le tableau 1 compare les catégories principales des deux méthodes de classification et donne des exemples de la classification des troubles selon les deux méthodes.

**Tableau 1 :**  
**Comparaison des méthodes DSM et CIM**

<b>CIM-10-DC (projet)<sup>a)</sup></b>	<b>DSM-IV-TR<sup>b)</sup></b>	<b>TROUBLES COMMUNS</b>
Troubles mentaux attribuables à un état physiologique connu	Troubles mentaux attribuables à un état pathologique, délire, démence et amnésie et autres troubles cognitifs	Démence vasculaire, encéphalopathie liée au VIH, maladie d'Alzheimer, sénilité
Troubles mentaux et comportementaux liés à l'utilisation de substances psychoactives	Troubles liés à la toxicomanie	Dépendance à l'alcool, dépendance aux opiacés
Schizophrénie, troubles schizotypiques et délirants, autres troubles psychotiques non liés à l'humeur	Schizophrénie et autres troubles psychotiques	Schizophrénie, trouble schizo-affectif
Troubles de l'humeur (affectifs)	Troubles de l'humeur	Trouble dépressif majeur, trouble bipolaire

Anxiété, troubles dissociatifs, liés au stress, somatoformes et autres troubles mentaux non psychotiques.	Troubles anxieux Troubles dissociatifs Troubles d'adaptation Troubles somatoformes	Trouble obsessionnel-compulsif, syndrome de stress post-traumatique, conversion
Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	Troubles de l'alimentation Troubles du sommeil Troubles sexuels et de l'identité sexuelle	Anorexie; boulimie, insomnie, aversion sexuelle
Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	Troubles de la personnalité Troubles du contrôle des impulsions Troubles factices	Personnalité paranoïaque, personnalité antisociale, jeu pathologique
Retard mental		
Troubles de développement profonds et spécifiques		Troubles de la parole et du langage, autisme
Troubles de comportement et perturbations affectives apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence	Troubles habituellement diagnostiqués pour la première fois dans la petite enfance, l'enfance ou l'adolescence	Hyperactivité avec déficit de l'attention, angoisse de séparation, mutisme sélectif, syndrome de La Tourette
Trouble mental, sans précision		

- a) Classification internationale des maladies, dixième révision, Modifications clinique (CIM-10-MC), version préliminaire anglaise, mai 2002  
(<http://www.cdc.gov/nchs/about/otheract/CIM9/CIM10cm.htm>).
- b) U.S. Surgeon General (1999), p. 44.

Source : Division des sciences et de la technologie, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement.

Les principales maladies mentales sont la schizophrénie, les troubles de l'humeur (dépression et troubles bipolaires), les troubles anxieux (phobies, trouble panique, trouble obsessionnel-compulsif et syndrome de stress post-traumatique), les troubles de l'alimentation (anorexie mentale et boulimie), les troubles de la personnalité et les troubles cérébraux organiques (la maladie d'Alzheimer, encéphalopathie liée au VIH et les dommages causés par les accidents vasculaires cérébraux ou les accidents)<sup>(12)</sup>. La plupart sont des maladies chroniques qui exigent un traitement à long terme. Le comportement suicidaire et les toxicomanies sont souvent en corrélation avec ces états pathologiques. Les sections suivantes contiennent un aperçu des principales maladies mentales.

(12) Association canadienne pour la santé mentale, *Les maladies mentales*, dépliant accessible sur l'Internet ([http://www.cmha.ca/french/info\\_centre/mh\\_pamphlets/mh\\_pamphlet\\_02.htm](http://www.cmha.ca/french/info_centre/mh_pamphlets/mh_pamphlet_02.htm)).

## A. Schizophrénie

La schizophrénie est une des maladies mentales les plus graves au Canada et ailleurs. Selon les estimations, cette maladie touche 1 p. 100 de la population canadienne et 24 millions de personnes dans le monde. Elle est deux fois plus fréquente que la maladie d'Alzheimer, cinq à six fois plus fréquente que la sclérose en plaques et le diabète et 60 fois plus fréquente que la dystrophie musculaire<sup>(13)</sup>.

La schizophrénie se déclare habituellement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte; elle perturbe gravement la pensée d'une personne, causant des hallucinations, les idées délirantes, une perte du contact avec la réalité et une perturbation des relations de travail et sociales. La maladie progresse lentement au début et, une fois installée, elle évolue en cycles de rémission et de rechute<sup>(14)</sup>.

**Tableau 2 : Symptômes de la schizophrénie**

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Idées délirantes et hallucinations</li><li>▪ Manque de motivation</li><li>▪ Retrait social</li><li>▪ Troubles de la pensée</li></ul> |
|--|

Source : Paula Stewart, *Rapport sur les maladies mentales au Canada*, Santé Canada, octobre 2002, p. 50.

Des études scientifiques laissent supposer qu'une anomalie fonctionnelle des neurotransmetteurs (notamment la dopamine, la sérotonine et la norépinéphrine) est à l'origine des symptômes de la maladie. De plus, les personnes atteintes de schizophrénie semblent avoir de la difficulté à coordonner les activités entre les différentes régions du cerveau. Par exemple, on observe chez la plupart des gens, lorsqu'ils pensent ou parlent, une activité accrue dans les lobes frontaux et une diminution de l'activité dans la zone du cerveau utilisée pour l'écoute. Chez les personnes atteintes de schizophrénie, on observe la même augmentation de l'activité dans les lobes frontaux, mais il n'y a pas de diminution de l'activité dans l'autre zone. La recherche indique aussi que les personnes atteintes de schizophrénie présentent une anomalie de

---

(13) British Columbia Schizophrenia Society, Basic Facts About Schizophrenia, avril 2002 (<http://www.bcscs.org/schizophrenia/>).

(14) *Ibid.*

certaines cellules cérébrales. Ces cellules étant formées bien avant la naissance d'un bébé, on suppose que cette anomalie indique une cause possible de la schizophrénie au cours de période prénatale, ou une prédisposition à développer la maladie à une date ultérieure<sup>(15)</sup>.

Une combinaison de facteurs génétiques et environnementaux serait à l'origine du développement de cette anomalie. Ces facteurs semblent influencer sur le développement du cerveau à des stades critiques pendant la grossesse et après la naissance<sup>(16)</sup>.

- *Influence génétique* : Les membres de la famille immédiate d'un schizophrène sont 10 fois plus susceptibles que la population générale de développer la maladie et les enfants de deux parents schizophrènes ont 40 p. 100 de chance de la développer.
- *Facteurs environnementaux* : Il est possible que le traumatisme prénatal et périnatal, la saison de l'année et le lieu de naissance, ainsi que les infections virales contribuent au développement de la maladie<sup>(17)</sup>.

Aucun test de laboratoire ne permet de diagnostiquer la schizophrénie. Le diagnostic est basé seulement sur l'observation clinique. L'Association des psychiatres du Canada a élaboré des directives pour l'évaluation et le diagnostic de la schizophrénie. De plus en plus souvent, la maladie est diagnostiquée au moyen de l'imagerie structurelle obtenue par la tomographie par ordinateur et de l'imagerie par résonance magnétique pour aider à étudier le fonctionnement du cerveau. La technologie de l'imagerie montre que de nombreux schizophrènes présentent un élargissement du ventricule latéral et du troisième ventricule; on constate aussi des anomalies des lobes temporaux, notamment du côté gauche<sup>(18)</sup>.

La schizophrénie a été associée à l'augmentation de la maladie et de la morbidité. La schizophrénie se manifeste souvent avec d'autres troubles mentaux ou la toxicomanie. La frustration occasionnée par les tentatives de faire face au problème aboutissent souvent à la dépression et au suicide, et certains schizophrènes sont parfois dangereux pour les autres, notamment les membres de leur famille<sup>(19)</sup>.

---

(15) Paula Stewart, *Rapport sur les maladies mentales au Canada*, Santé Canada, octobre 2002, p. 54.

(16) *Ibid.*

(17) *Ibid.*

(18) Société canadienne de la schizophrénie, *Recognizing Schizophrenia For What It Is: A Call To Action*, document de travail, 1998, annexe A, p. 22.

(19) *Ibid.*



On ne peut guérir la schizophrénie, mais il existe un traitement. Actuellement, il existe trois composantes principales de ce traitement : un médicament antipsychotique pour soulager les symptômes et prévenir les rechutes; l'éducation et le counselling psychosocial pour les patients et leur famille; et la réadaptation pour aider les patients à se réinsérer dans leur collectivité. Avec les progrès récents de la pharmacothérapie et des soins, près de la moitié des schizophrènes peuvent espérer un rétablissement complet<sup>(20)</sup>.

## B. Troubles de l'humeur

Il existe deux types principaux de troubles de l'humeur – la dépression majeure et le trouble bipolaire. La dépression majeure (aussi appelée dépression unipolaire) est caractérisée par un ou plusieurs épisodes dépressifs qui durent au moins deux semaines et sont accompagnés par au moins quatre autres symptômes de dépression. Le trouble bipolaire, dont l'appellation classique est psychose maniacodépressive, est caractérisée par au moins une phase maniaque ou mixte (manie et dépression) avec ou sans antécédent de dépression majeure<sup>(21)</sup>. Les symptômes de dépression et de manie sont résumés dans le tableau 3.

**Tableau 3 : Symptômes des troubles de l'humeur**

Dépression	Manie
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sentiment d'être sans valeur, d'impuissance ou de désespoir</li> <li>▪ Perte d'intérêt ou de plaisir (y compris les passe-temps ou le désir sexuel)</li> <li>▪ Changement de l'appétit</li> <li>▪ Troubles du sommeil</li> <li>▪ Moins d'énergie ou fatigue (sans effort physique important)</li> <li>▪ Sentiment d'inutilité ou de culpabilité</li> <li>▪ Faible concentration ou difficulté de prendre des décisions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exaltation excessive</li> <li>▪ Optimisme déraisonnable ou mauvais jugement</li> <li>▪ Hyperactivité ou pensées qui défilent</li> <li>▪ Moins de sommeil</li> <li>▪ Durée d'attention très brève</li> <li>▪ Passages rapides à la rage ou à la tristesse</li> <li>▪ Irritabilité</li> </ul>

Source : Stewart (2002), p. 33.

(20) Bulletins de l'OMS, n° 265, décembre 2001 ([www.who.int/inf-fs/en/fact265.html](http://www.who.int/inf-fs/en/fact265.html)).

(21) Stewart (2002), p. 32.

Collectivement, les troubles de l'humeur sont une des maladies mentales les plus répandues dans la population générale. Approximativement 8 p. 100 des adultes vivront une dépression majeure au cours de leur vie et 1 p. 100 vivront un trouble bipolaire<sup>(22)</sup>.

Les troubles de l'humeur touchent des gens de tout âge, mais apparaissent habituellement à l'adolescence ou au début de la vie adulte. Toutefois, le diagnostic est souvent tardif. Les études montrent des taux de dépression plus élevés chez les femmes que chez les hommes. Pour le trouble bipolaire, la proportion est à peu près la même chez les hommes et les femmes<sup>(23)</sup>.

Comme nous l'avons déjà mentionné, la recherche indique que les troubles de l'humeur (la dépression en particulier) sont causés par les faibles niveaux de sérotonine ou d'autres neurotransmetteurs (dopamine, norépinéphrine et épinéphrine) dans certaines régions du cerveau<sup>(24)</sup>. Il se peut que plusieurs autres facteurs soient en cause, comme les facteurs psychologiques, les influences génétiques, le stress et les conditions socioéconomiques<sup>(25)</sup>.

Les troubles de l'humeur accompagnent fréquemment d'autres maladies mentales, telles que les troubles anxieux, les troubles de la personnalité et la toxicomanie. La présence d'une autre maladie mentale augmente la gravité de la maladie et assombrit le pronostic. Les personnes atteintes de troubles de l'humeur sont davantage portées au suicide<sup>(26)</sup>.

Il est possible de traiter les troubles de l'humeur. Cependant, bien des personnes atteintes d'un trouble de l'humeur tardent à demander un traitement et souffrent inutilement. Il est prouvé qu'un traitement hâtif efficace des troubles de l'humeur peut améliorer l'état du patient et diminuer le risque de suicide. Les antidépresseurs et l'information combinés à diverses formes de psychothérapie, comme la thérapie comportementale et cognitive, ont démontré leur efficacité dans le traitement de la dépression. Les personnes souffrant de troubles de l'humeur ont parfois besoin d'être hospitalisées pour ajuster les médicaments, stabiliser la maladie et pour assurer leur protection contre un comportement autodestructeur<sup>(27)</sup>.

---

(22) *Ibid.*, p. 31.

(23) *Ibid.*, p. 34.

(24) U.S. Surgeon General (1999), p. 251-252.

(25) Stewart (2002), p. 38.

(26) *Ibid.*, p. 36.

(27) *Ibid.*, p. 39.

### C. Troubles anxieux

Les troubles anxieux touchent actuellement 12 p. 100 de la population canadienne, causant un handicap de léger à grave. Ils sont plus fréquents chez les femmes que chez les hommes, mais ils peuvent se manifester aussi chez les enfants et les adultes. Les personnes souffrant de troubles anxieux éprouvent une anxiété, une peur ou une inquiétude excessives, ce qui les amène à éviter des situations qui pourraient précipiter l'anxiété ou à concevoir des rituels compulsifs qui réduisent l'anxiété<sup>(28)</sup>.

**Tableau 4 : Symptômes des troubles anxieux**

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Sentiments intenses et prolongés de peur et de détresse qui sont hors de proportion avec la menace ou le danger réel</li><li>▪ Les sentiments de peur et de détresse empiètent sur le fonctionnement quotidien normal</li></ul> |
|---|

Source : Stewart (2002), p. 60.

Les troubles anxieux prennent différentes formes et comprennent : le trouble anxieux généralisé, les phobies, le trouble panique, le trouble obsessionnel-compulsif et le syndrome de stress post-traumatique. Le trouble anxieux généralisé est caractérisé par une période prolongée (c.-à-d. plus de 6 mois) d'anxiété et d'inquiétude accompagnée de nombreux symptômes tels que la tension musculaire, la tendance à la fatigue, la difficulté à concentrer, l'insomnie et l'irritabilité. Les phobies correspondent à une peur marquée de certains objets (les animaux, les insectes, les hauteurs, les ascenseurs, etc.) ou de certaines situations (phobie sociale); l'exposition à l'objet de la phobie, dans la réalité ou par l'imagination ou sur vidéo, suscite invariablement une anxiété intense pouvant comprendre une crise de panique. Le trouble panique est diagnostiqué quand une personne a subi des crises de panique imprévues – périodes de peur ou de malaise intenses – et craint d'avoir d'autres crises. Le trouble obsessionnel-compulsif implique l'obsession et la compulsion. Les obsessions sont constituées de pensées, d'idées, d'impulsions ou d'images persistantes qui sont envahissantes et inappropriées et qui

---

(28) *Ibid.*, p. 60.

provoquent une anxiété ou une détresse prononcée. Les compulsions sont des comportements répétitifs (p. ex. se laver les mains) ou des actes mentaux (p. ex. compter) qui se produisent en réaction à une obsession ou à la manière d'un rituel. Le syndrome de stress post-traumatique consiste en des rappels d'images, des pensées et des souvenirs effrayants persistants, de la colère ou de l'irritabilité en réaction à une expérience terrifiante qui comprenait une souffrance ou des sévices physiques ou la menace d'une telle souffrance ou de tels sévices (p. ex. le viol, la violence subie pendant l'enfance, la guerre ou un désastre naturel)<sup>(29)</sup>.

L'apparition de troubles anxieux semble découler d'une interaction complexe de facteurs génétiques, biologiques, de développement et d'autres facteurs, tels que des facteurs socioéconomiques et le stress en milieu de travail. Les recherches récentes laissent supposer que les troubles anxieux ont un fondement biologique important. Plus précisément, certaines parties du cerveau – l'hippocampe et l'amygdale – gouvernent le stockage de la mémoire et les émotions. À titre d'exemple, la neuroimagerie montre une réduction de la taille de l'hippocampe chez les personnes atteinte du syndrome de stress post-traumatique. En outre, l'amygdale signale la présence d'une menace et déclenche une réaction de peur ou d'anxiété.

Une étude récente sur les troubles anxieux laisse entendre que les traitements efficaces comprennent la pharmacothérapie (antidépresseurs et anxiolytiques) ainsi que la thérapie comportementale et cognitive, qui aide les personnes à transformer leurs pensées anxieuses en idées plus rationnelles et moins susceptibles de déclencher l'anxiété. Les groupes de soutien pour les patients et leur famille peuvent aussi aider à concevoir des outils pour atténuer les symptômes et permettre à la personne touchée de mieux y faire face<sup>(30)</sup>.

#### **D. Troubles de l'alimentation**

Environ 3 p. 100 des femmes souffriront de troubles de l'alimentation au cours de leur vie. Les troubles de l'alimentation supposent une perturbation grave du comportement alimentaire du sujet – le fait de manger trop ou trop peu – en plus d'une grande préoccupation à l'égard de la taille et la forme de son corps. Les troubles de l'alimentation ont tendance à devenir des états chroniques, qui menacent parfois la vie. Les troubles de l'alimentation les plus courants sont l'anorexie mentale, la boulimie mentale et la frénésie alimentaire.

---

(29) Stewart (2002), p. 60-61; U.S. Surgeon General (1999), p. 233-237.

(30) Stewart (2002), p. 64.

La frénésie alimentaire est une maladie reconnue récemment qui se caractérise par des épisodes de consommation excessive, mais sans activités compensatoires telles que le vomissement induit ou l'abus de laxatifs pour éviter de prendre du poids. La boulimie, par contre, est marquée par la frénésie alimentaire et les activités compensatoires. L'anorexie mentale est caractérisée par un poids corporel faible (moins de 85 p. 100 du poids normal), une peur intense de prendre du poids et une perception déformée du poids ou de la forme de son corps. L'âge moyen de son apparition se situe à 17 ans<sup>(31)</sup>.

**Tableau 5 : Symptômes des troubles de l'alimentation**

<b>En général, une perception déformée de la forme et de la taille de son propre corps</b>		
<b>Anorexie</b>	<b>Boulimie</b>	<b>Frénésie alimentaire</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Refus de maintenir le poids corporel à sa valeur normale ou au-dessus du bas de la fourchette du poids normal pour l'âge et la grandeur.</li> <li>▪ Crainte intense de prendre du poids ou d'engraisser, même si le poids du sujet se situe sous la normale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Épisodes récurrents de frénésie alimentaire.</li> <li>▪ Comportement compensatoire inapproprié afin de prévenir la prise de poids, par exemple le vomissement induit, la consommation de laxatifs ou la pratique excessive de l'exercice physique.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Frénésie alimentaire sans comportement compensatoire tel que le vomissement induit, la consommation de laxatifs ou la pratique excessive de l'exercice physique.</li> <li>▪ Le sujet est souvent obèse.</li> </ul>

Source : Stewart (2002), p. 80.

Les troubles de l'alimentation sont des syndromes complexes attribuables à une combinaison de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Les recherches récentes ont mis l'accent sur les gènes et la chimie du cerveau. À titre d'exemple, une vaste étude sur la famille montre que la mère et la sœur d'une personne anorexique sont huit fois plus susceptibles de souffrir d'anorexie que la population générale. De plus, des variantes des troubles de l'alimentation se manifestent beaucoup plus souvent dans la famille immédiate des personnes atteintes d'anorexie ou de boulimie que dans celle des personnes en santé. En outre, la recherche semble indiquer que les troubles de l'alimentation sont liés à la sérotonine, un neurotransmetteur. Des chercheurs pensent qu'un déséquilibre dans les niveaux de sérotonine pourrait causer une

(31) U.S. Surgeon General (1999), p. 167.

transmission anormale dans les cellules cérébrales, laquelle peut contribuer au développement des troubles de l'alimentation<sup>(32)</sup>.

Des personnes atteintes d'anorexie et de boulimie guérissent parfois après un seul épisode de la maladie. D'autres présentent une courbe de fluctuations de prises de poids et de rechutes. D'autres encore continueront d'avoir des problèmes d'alimentation et de poids toute leur vie. L'anorexie et la boulimie causent parfois des problèmes physiques graves comme les maladies de cœur, un déséquilibre électrolytique et une insuffisance rénale pouvant entraîner la mort. Les troubles de l'alimentation peuvent causer des problèmes psychologiques, sociaux et de santé à long terme, même après la résolution d'un épisode aigu<sup>(33)</sup>.

Le traitement des troubles de l'alimentation est global et comprend la surveillance des symptômes physiques, la stabilisation nutritionnelle, la psychothérapie (comportementale, analytique, cognitive), les conseils en matière d'alimentation, l'information et les médicaments, si nécessaire. De nombreuses études font état de l'utilité des antidépresseurs dans le traitement de la boulimie mentale. Certains médicaments sont aussi efficaces dans le traitement de la frénésie alimentaire. Malheureusement, aucune étude n'a permis de découvrir de médicament efficace pour le traitement de l'anorexie mentale<sup>(34)</sup>.

### **E. Troubles de la personnalité**

Selon des données américaines, de 6 à 9 p. 100 de la population souffre d'un trouble de la personnalité. Les troubles de la personnalité causent des modes durables d'expérience et de comportement qui sont contraires aux attentes de la société, qui sont profonds, inflexibles et stables et qui conduisent à la détresse ou à une déficience<sup>(35)</sup>. Le tableau 6 présente une liste des symptômes associés aux troubles de la personnalité, tandis que le tableau 7 décrit les formes diverses de la maladie.

---

(32) Society of Neuroscience, « Eating Disorders », *Brain Briefing*, mars 2000 ([http://web.sfn.org/content/Publications/BrainBriefings/eating\\_disorders.html](http://web.sfn.org/content/Publications/BrainBriefings/eating_disorders.html)).

(33) Stewart (2002), p. 82.

(34) *Ibid.*, p. 84.

(35) *Ibid.*, p. 70.

**Tableau 6 : Symptômes des troubles de la personnalité**

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Difficulté à s'entendre avec les autres. La personne peut être irritable, exigeante, hostile, craintive ou manipulatrice.</li> <li>▪ Les modes de comportement dévient de façon marquée des attentes de la société et ne changent pas.</li> <li>▪ Le trouble influe sur la pensée, les émotions, les relations interpersonnelles et le contrôle des impulsions.</li> <li>▪ Le mode de comportement est inflexible et se manifeste dans toutes sortes de situations.</li> <li>▪ Le mode de comportement est stable ou de longue durée, et se déclare au cours de l'enfance ou à l'adolescence.</li> </ul>
---

Source : Stewart (2002), p. 70.

**Tableau 7 : Types de troubles de la personnalité**

TYPE	TENDANCES
Trouble de la personnalité limite	Instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects, et impulsivité prononcée.
Personnalité antisociale	Manque de respect et violation des droits des autres.
Personnalité histrionique (hystérique)	Émotivité et quête d'attention excessives.
Personnalité narcissique	Mégalomanie, besoin d'admiration et manque d'empathie.
Personnalité évitante	Inhibition sociale, sentiment d'inadéquation et hypersensibilité à une évaluation négative.
Personnalité dépendante	Comportement de soumission et d'accrochage associé à un besoin excessif qu'on s'occupe du sujet.
Personnalité schizoïde	Détachement des relations sociales et éventail restreint d'expression émotionnelle.
Personnalité paranoïde	Méfiance et suspicion qui font interpréter les motifs des autres comme étant malveillants.
Personnalité obsessionnelle-compulsive	Préoccupation concernant l'ordre, perfectionnisme et contrôle.
Personnalité schizotypique	Malaise aigu dans les relations étroites, distorsions cognitives ou perceptuelles et excentricités du comportement.

Source : Stewart (2002), p. 71.

Les troubles de la personnalité se manifestent habituellement à l'adolescence et au début de l'âge adulte; ils peuvent aussi devenir apparents au milieu de l'âge adulte. De nombreux cas de troubles de la personnalité ne sont jamais diagnostiqués ni traités<sup>(36)</sup>.

Les troubles de la personnalité découlent probablement de l'interaction complexe des premières expériences de la vie et de facteurs génétiques et environnementaux. En principe, les facteurs génétiques contribuent au fondement biologique de la fonction cérébrale et à la structure fondamentale de la personnalité. Cette structure influence les réactions et les interactions dans les expériences de vie et le milieu social. Avec le temps, chaque personne acquiert des modes ou façons de percevoir son monde, de penser, de sentir, de s'adapter et de se comporter. Bien qu'il y ait jusqu'ici peu de données sur les corrélats biologiques des troubles de la personnalité, on observe parfois chez les personnes qui en sont atteintes une régulation déficiente des circuits cérébraux qui contrôlent les émotions. Cette difficulté, conjuguée à des facteurs psychologiques et sociaux comme la violence, le délaissement ou la séparation, augmente le risque pour quelqu'un de développer un trouble de personnalité<sup>(37)</sup>.

Les personnes souffrant de troubles de la personnalité sont difficiles à traiter, en partie du fait qu'elles nient la présence du problème. Le traitement, qui combine habituellement une thérapie individuelle ou de groupe intensive et l'administration d'antidépresseurs et de psychorégulateurs, est partiellement efficace chez certaines personnes<sup>(38)</sup>.

#### **F. Atteintes cérébrales organiques et maladies dégénératives du système nerveux**

Les atteintes cérébrales organiques découlent d'une maladie physique ou d'une blessure au cerveau. Elles aboutissent souvent à la démence, au délire et à la psychose. La *démence* consiste en une détérioration des facultés intellectuelles, affectives et cognitives au point où les fonctions quotidiennes sont considérablement altérées. Le *délire* correspond à une perturbation de la conscience, un changement de la cognition ou un trouble de la perception. La *psychose* implique une perte de contact avec la réalité; les symptômes peuvent comprendre des hallucinations, du délire ou un raisonnement aberrant.

---

(36) Stewart (2002), p. 72-73.

(37) *Ibid.*, p. 74.

(38) *Ibid.*



Les atteintes cérébrales organiques comprennent notamment l'encéphalopathie liée au VIH (causée par les lésions aux cellules cérébrales attribuables au VIH) et la démence vasculaire (attribuable aux lésions causées par les accidents vasculaires cérébraux).

Le syndrome démentiel lié à l'infection par le VIH, appelé aussi encéphalopathie liée au VIH, est la complication neurologique la plus courante de l'infection par le VIH. Les problèmes neurologiques ou psychologiques qui surviennent ne sont pas tous causés par l'encéphalopathie liée au VIH. En outre, les symptômes de la démence sont parfois attribuables aux changements du métabolisme. Ces changements peuvent découler de l'évolution d'une autre maladie ou de réactions aux médicaments. Le syndrome démentiel lié au VIH, qui peut en fait représenter plus d'un type de processus pathologique, est caractérisé par une diminution de la concentration et de la rapidité de pensée, la perte de mémoire, la perte d'intérêt, l'apathie et la lenteur des mouvements<sup>(39)</sup>.

La maladie d'Alzheimer est classée dans la CIM-10 comme une maladie dégénérative du système nerveux central, ainsi que de nombreuses autres maladies, notamment la maladie de Parkinson et la maladie de Huntington. La maladie d'Alzheimer est la principale cause de démence. Il n'existe pas de cause ou de remède connus pour cette maladie progressive et dégénérative. Plusieurs changements se produisent dans le cerveau des personnes atteintes. Ces changements résultent d'une perte progressive des neurones du cortex cérébral et des autres régions du cerveau. Par conséquent, une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer possède moins de tissu cérébral qu'une personne qui n'a pas la maladie. Ce rétrécissement se poursuit avec le temps, affectant le fonctionnement du cerveau<sup>(40)</sup>. La perte de la mémoire est le symptôme précoce le plus évident de la maladie d'Alzheimer, suivi par la désintégration lente de la personnalité et de la maîtrise physique. Dans certains cas, la maladie est accompagnée d'hallucinations, de délire, de crises d'épilepsie et de violence<sup>(41)</sup>.

---

(39) AIDS Committee of Toronto, *Section 14: AIDS Dementia Complex* ([www.actoronto.org](http://www.actoronto.org)).

(40) Centre canadien des ressources sur la maladie d'Alzheimer (<http://www.alzheimercentre.ca/francais/default.htm>).

(41) Sonya Norris, *La maladie d'Alzheimer* (PRB 02-39F), Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement, 2 octobre 2002.

## G. Les maladies mentales chez les enfants

Les troubles mentaux sont courants aussi bien chez les enfants que chez les adultes; de 10 à 20 p. 100 des enfants du monde présentent un ou plusieurs troubles mentaux ou comportementaux. Bien que certaines maladies mentales observées chez les adultes puissent se manifester pendant l'enfance ou l'adolescence, comme la dépression, les troubles anxieux et la schizophrénie, plusieurs troubles sont spécifiques de ce groupe d'âge. Il en existe deux types généraux : les troubles du développement psychologique, tels que l'autisme ou la dyslexie, et les troubles affectifs et comportementaux, qui comprennent l'hyperactivité avec déficit de l'attention et les troubles de conduite<sup>(42)</sup>.

L'autisme est un dysfonctionnement neurologique et une déficience invalidante grave qui dure toute la vie. Selon des estimations récentes, la prévalence de l'autisme peut être aussi élevée que 20 cas pour 10 000 naissances vivantes. L'autisme est trois à quatre fois plus courant chez les garçons que chez les filles. Présentement, il n'existe aucun test médical définitif, par exemple une analyse sanguine, pour détecter l'autisme. Pour le moment, les médecins, les psychiatres et les psychologues se basent sur les critères de comportement décrits dans le DSM-IV pour diagnostiquer l'autisme. De manière générale, les autistes présentent les symptômes suivants : incapacité de prendre part à une interaction sociale; aptitude de communication déficiente; comportement particuliers (p. ex. préoccupation, résistance au changement, adhésion à des routines non fonctionnelles et comportements stéréotypés et répétitifs). L'autisme est parfois accompagné d'autres dysfonctions, comme les crises d'épilepsie ou les retards cognitifs (intellectuels) importants. La plupart des autistes n'ont pas de déficiences physiques. Il n'existe aucun remède connu pour l'autisme. Les recherches indiquent que la méthode la plus efficace pour le traitement et l'éducation des autistes suppose des interventions structurées et intensives en matière de comportement<sup>(43)</sup>.

Trouble déficitaire de l'attention (TDA) et hyperactivité avec déficit de l'attention (HDA) sont des termes utilisés pour décrire des structures de comportement qui se présentent généralement chez les enfants d'âge scolaire. Le TDA et l'HDA sont observés chez 5 à 10 p. 100 des enfants et sont diagnostiqués 10 fois plus souvent chez les garçons que chez les filles. Le TDA et l'HDA sont des troubles qui nuisent au processus d'apprentissage, parce qu'ils

---

(42) OMS (2001), p. 36.

(43) Autism Treatment Services of Canada, *What is Autism?* ([www.autism.ca](http://www.autism.ca)).

réduisent la capacité de l'enfant à être attentif. Les enfants présentant ces troubles sont inattentifs, excessivement impulsifs et, dans le cas de l'HDA, hyperactifs. Ils éprouvent de la difficulté à demeurer tranquilles et à se concentrer sur une tâche particulière pour une longue période. Le traitement comprend une thérapie du comportement souvent accompagnée d'une pharmacothérapie<sup>(44)</sup>.

## COMORBIDITÉ MENTALE ET PHYSIQUE

La maladie mentale et la maladie physique sont étroitement liées. La recherche indique que la maladie mentale peut contribuer à des maladies physiques telles que le cancer, les cardiopathies et la maladie pulmonaire obstructive, en découler ou partager avec elles des causes communes. L'interaction de la maladie physique et de la maladie mentale est cependant très complexe<sup>(45)</sup>.

La notion de *comorbidité* désigne habituellement la manifestation concomitante de la maladie mentale et de la maladie physique. Les données épidémiologiques montrent que 25 p. 100 des patients arthritiques souffrent également de dépression ou d'anxiété. De plus, il existe un degré élevé de comorbidité entre certaines maladies mentales et le cancer, le diabète, les problèmes respiratoires, l'hypertension ou la migraine. La comorbidité peut influencer grandement l'apparition et la persistance de la maladie. Elle peut influencer sur le processus de guérison et l'efficacité du traitement.

## MALADIE MENTALE ET DÉPENDANCES

Les dépendances et la toxicomanie sont souvent liés aux troubles et aux maladies mentales. Le terme « trouble concomitant » est utilisé dans ce contexte. D'après la Division de l'Ontario de l'Association canadienne pour la santé mentale, l'expression *troubles concomitants* décrit la situation des personnes qui ont des problèmes de santé mentale et de dépendance ou de toxicomanie<sup>(46)</sup>. Bien que les liens entre l'usage et l'abus de drogues et les troubles mentaux ou les maladies mentales soient connus depuis longtemps, il est difficile de déterminer le sens dans

---

(44) Association canadienne pour la santé mentale, *Les enfants et les troubles déficitaires de l'attention*, série de dépliants.

(45) Stewart (2002), p. 22.

(46) Association canadienne pour la santé mentale (Division de l'Ontario), *Concurrent Disorders – Policy Consultation Document*, février 1997, p. 2.

lequel joue la relation causale, et l'interaction ou le lien précis entre les deux demeure complexe. Les deux états s'influencent mutuellement : les facteurs qui interviennent dans la maladie mentale influent sur la toxicomanie et celle-ci peut exacerber la maladie mentale. En outre, la consommation et l'abus de drogues peuvent constituer une prédisposition à la maladie mentale ou un facteur pouvant accélérer son apparition<sup>(47)</sup>.

Un document de travail publié par Santé Canada laisse entendre que l'incapacité de comprendre ou de traiter efficacement la dépendance à l'alcool et aux drogues ainsi que les problèmes de santé mentale au début du siècle a probablement contribué à l'évolution différente des traitements dans ces deux domaines. Jusqu'à récemment, les problèmes de santé mentale et les maladies mentales ont été définis par les psychiatres et traités dans les hôpitaux ou les cliniques. Les problèmes de dépendance, notamment l'alcoolisme, ont été traités dans des établissements non psychiatriques en fonction de modèles pharmaceutiques, comportementaux et psychosociaux<sup>(48)</sup>.

Les études récentes montrent que la prévalence des troubles concomitants est plus élevée qu'on le croyait. Une prévalence si élevée a des conséquences pour la recherche, les politiques et le traitement dans les domaines des dépendances et de la santé mentale.

## COMPORTEMENT SUICIDAIRE

Le comportement suicidaire comprend les gestes suicidaires, les tentatives de suicide et le suicide réussi. Les plans et les actions suicidaires dont la réussite semble improbable sont appelés gestes suicidaires; ils ont pour but principal la communication. La tentative de suicide est un acte suicidaire qui n'est pas fatal, probablement parce que l'intention d'autodestruction était légère, vague ou ambiguë ou que la mesure prise avait un faible potentiel létal. Le suicide achevé entraîne la mort. La distinction entre suicide achevé et tentative de suicide n'est pas absolue, car les tentatives de suicide comprennent aussi les actes des personnes dont la détermination à mourir est contrecarrée seulement parce qu'elles sont découvertes rapidement et ressuscitées efficacement et parce qu'il peut arriver qu'une tentative de suicide aboutisse involontairement à la mort en raison d'un mauvais calcul<sup>(49)</sup>.

---

(47) *Ibid.*, p. 6-7.

(48) Colleen Hood *et al.*, *Exploring the Links Between Substance Use and Mental Health* (explorer les liens entre la dépendance à l'alcool et aux drogues et la santé mentale), document de travail, Santé Canada, 1996, p. 12-13.

(49) « Suicidal Behaviour », *The Merck Manual of Medical Information – Home Edition*, Online Version, sect. 7, ch. 85 ([www.merck.com](http://www.merck.com)).

Bien que le comportement suicidaire ne soit pas en lui-même une maladie mentale, il est lié à ces maladies par une forte corrélation et met en jeu des problématiques semblables. Il marque habituellement la fin d'un long cheminement marqué par l'impuissance et le désespoir<sup>(50)</sup>.

Les actes suicidaires découlent habituellement de motivations nombreuses et complexes. Les principaux facteurs de causalité sont les troubles mentaux, les facteurs sociaux, les anomalies de la personnalité et les troubles physiques. La dépression est en cause dans plus de la moitié des tentatives de suicide. L'alcool prédispose aux actes suicidaires en intensifiant un changement de l'humeur dépressive et en réduisant la maîtrise de soi. Dans la schizophrénie chronique, le suicide découle parfois des épisodes de dépression auxquels les patients sont enclins. Les personnes souffrant de troubles de la personnalité sont prédisposées aux tentatives de suicide<sup>(51)</sup>.

## **MALADIES MENTALES AU COURS DE LA VIE**

Les maladies mentales frappent à toutes les périodes de la vie. Toutefois, elles se déclarent habituellement pendant l'enfance et l'adolescence et durent ou se produisent tout au long de la vie adulte. Bien que l'âge moyen de l'apparition de l'arthrite et de l'hypertension se situe à 48 et 52 ans respectivement, l'âge moyen de l'apparition de la maladie mentale se situe à 15 ans. En raison de leur apparition pendant l'enfance et l'adolescence, les troubles mentaux influencent le fonctionnement des gens dans leurs rôles d'adulte et, en bout de ligne, déterminent la nature de ces rôles. L'autisme, les troubles de comportement et le trouble déficitaire de l'attention touchent plus communément les enfants. L'adolescence est la période typique de l'apparition des troubles de l'alimentation et de la schizophrénie. Les dépressions se manifestent de manière plus évidente pendant la vie adulte. La maladie d'Alzheimer et les autres types de démence assombrissent les années de vieillesse, quoique la dépression soit aussi observée plus souvent chez les personnes âgées. Le tableau 8 donne des exemples de maladies mentales observées à différentes périodes de la vie.

---

(50) Stewart (2002), p. 92.

(51) *Merck Manual*, « Suicidal Behaviour », *loc. cit.*

Tableau 8 : Les maladies mentales et les périodes de la vie

De la conception à la naissance (période prénatale)	Petite enfance (0 à 5 ans)	Enfance (5 à 10 ans)	Puberté (10 à 13 ans)
<p>Le cerveau et le système nerveux se développent et forment un réseau complexe. Toutefois, les erreurs génétiques et les facteurs environnementaux tels que l'exposition du fœtus à l'alcool et aux drogues peuvent nuire à ce processus. Quelques exemples courants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Infirmité motrice cérébrale</li> <li>▪ Syndrome/effets de l'alcoolisation fœtale</li> <li>▪ Syndrome de Down</li> </ul>	<p>Les neurones et les synapses superflus sont supprimés au cours des premiers 18 mois, mais le cerveau continue de se développer pour atteindre 90 p. 100 de sa taille adulte. Les cellules cérébrales deviennent plus aptes à la communication, les bébés peuvent parler.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Autisme</li> <li>▪ Épilepsie</li> <li>▪ TDA/HDA</li> <li>▪ Troubles anxieux</li> </ul>	<p>La croissance étonnante et soudaine des lobes temporaux et pariétaux, régions du cerveau essentielles au langage et à la compréhension des relations spatiales, constitue un temps fort pour l'apprentissage de la musique et de langues nouvelles.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comportement antisocial</li> <li>▪ Dyslexie</li> <li>▪ Dépression</li> <li>▪ Troubles de la conduite</li> </ul>	<p>Juste avant la puberté, la matière grise du cerveau épaissit, notamment dans le lobe frontal, siège de la planification, du contrôle des impulsions et du raisonnement. Cette croissance peut être déclenchée par les montées d'hormones sexuelles.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Troubles de l'alimentation</li> <li>▪ Troubles obsessionnels-compulsifs</li> </ul>
Adolescence (13 à 20 ans)	Début de l'âge adulte (jeune) (20 à 30 ans)	Âge adulte moyen (30 à 60 ans)	Vieillesse (60 à 100 ans)
<p>Le cerveau commence à rétrécir, perdant environ 2 p. 100 de son poids et de son volume au cours de chaque décennie successive. Une perte anormalement élevée de matière grise pendant cette période pourrait être une cause de la schizophrénie chez les adolescents.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Phobies sociales</li> <li>▪ Trouble bipolaire</li> <li>▪ Années de pointe pour le suicide</li> <li>▪ Agoraphobie</li> <li>▪ Trouble panique</li> </ul>	<p>Vers la fin de la vingtaine, le traitement de l'information commence à ralentir. Les centres de la mémoire situés dans l'hippocampe et les lobes frontaux semblent les plus touchés.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dépression post-partum</li> <li>▪ Trouble affectif saisonnier</li> <li>▪ Schizophrénie</li> </ul>	<p>L'apprentissage, la mémoire et les autres processus mentaux complexes deviennent plus difficiles, et il faut davantage de temps pour réagir aux stimulus. Il peut se former des plaques et des enchevêtrements dans certaines régions du cerveau.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Maladie de Parkinson</li> <li>▪ Maladie de Huntington</li> <li>▪ Apparition précoce de la maladie d'Alzheimer</li> </ul>	<p>Le vieillissement, la dépression, les troubles anxieux et la maladie d'Alzheimer modifient parfois la structure du sommeil. Le déclin des capacités cognitives est plus prononcé. La coordination et la dextérité sont également touchées.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Démence vasculaire</li> <li>▪ Démence découlant de la maladie d'Alzheimer</li> <li>▪ Années de pointe pour le suicide</li> </ul>

Source : Adapté du *Time Magazine*, édition canadienne, numéro spécial, « How your mind can heal your body », 20 janvier 2003, p. 52.

## CONCLUSION

La santé mentale et les maladies mentales sont devenues un enjeu politique important depuis quelques années, aussi bien au pays que sur la scène internationale. La santé mentale revêt une importance d'autant plus critique que l'on comprend mieux son incidence sur la santé physique, sur le risque et la gravité des maladies et sur le rétablissement, ainsi que le fardeau qu'imposent les problèmes et les troubles mentaux et les lacunes des interventions actuelles en matière de promotion, de prévention, de détection précoce, de surveillance, de recherche et de traitement.

Le gouvernement fédéral a porté une attention particulière à la santé mentale dans le discours du Trône 2001. Il tente d'élaborer une approche nationale à l'égard de certains aspects de la promotion de la santé mentale et de la prévention de la maladie mentale :

Le gouvernement parrainera également diverses mesures locales visant à promouvoir la santé et à prévenir la maladie. Il intensifiera ses efforts pour encourager le conditionnement physique et la pratique des sports, ainsi que pour continuer à lutter contre l'abus d'alcool et de stupéfiants, à réduire le tabagisme, à prévenir les blessures et à promouvoir la santé mentale.

Le présent document ne dresse pas un profil complet de la santé mentale et des maladies mentales au Canada. Loin de là : il ne traite ni de la prévalence des maladies, ni des coûts des troubles mentaux au pays, et n'approfondit pas non plus la question de la marginalisation et de la discrimination qu'entraînent ces troubles. Il fournit néanmoins des renseignements de base qui laissent entrevoir la complexité du sujet, particulièrement dans le contexte d'une société qui, trop souvent, considère l'esprit et le corps comme deux entités distinctes.