



Santé mentale

Mise à jour : Mars 2013

Table des matières

Synthèse	5
----------	---

Dossier sur la santé mentale	10
------------------------------	----

CETTE SECTION REGROUPE UN ENSEMBLE DE PUBLICATIONS PROVENANT DE L'ENCYCLOPÉDIE QUI TOUCHENT LA SANTÉ MENTALE DES MÈRES ET DES ENFANTS., MARS 2013

Thème financé par



Synthèse

Est-ce important?

Des études montrent que les problèmes de santé mentale tirent souvent leur origine de la petite enfance. Les troubles mentaux sont nombreux et variés. Ils comprennent entre autres la dépression, l'anxiété, les phobies, la toxicomanie, la schizophrénie et des troubles du développement comme les comportements perturbateurs, l'autisme, la déficience intellectuelle et la démence. Environ 10 % de la population adulte mondiale souffrira, à un moment donné, d'un certain type de trouble mental ou de comportement.¹ En 2003, 7 % de la population adulte canadienne souffrait d'une maladie mentale diagnostiquée, ce qui représente près de 1,9 million de personnes, alors que 6 %, soit 1,6 million de personnes, souffraient d'une maladie mentale qui n'avait pas été diagnostiquée.²

L'impact économique est énorme. Dans un rapport de 2002, Santé Canada estimait à 4,7 milliards de dollars en 1998 les coûts directs liés à l'utilisation des services de santé publique et à 3,2 milliards de dollars les coûts indirects liés à une perte de productivité découlant d'absences du travail de courte ou de longue durée ou de décès prématurés.² Ces chiffres astronomiques ne sont pas particuliers au Canada : des 10 principales causes d'incapacité à l'échelle mondiale, cinq sont des troubles mentaux : dépression unipolaire, trouble de consommation d'alcool, trouble bipolaire, schizophrénie et trouble obsessionnel compulsif.³

Que savons-nous?

Même si, autrefois, nous croyions que de nombreux problèmes de santé mentale ne concernaient que les « adultes », la plupart du temps, les premiers signes apparaissent pendant l'enfance et l'adolescence. Au cours de la dernière décennie, les outils de diagnostic ont évolué et permettent de cerner des troubles mentaux chez de très jeunes enfants. Certains troubles peuvent toutefois se manifester différemment pendant la petite enfance, selon l'âge de l'enfant et le développement de son cerveau.⁴ Il est possible de déceler la dépression et l'anxiété pendant l'enfance, et la fréquence des symptômes de ces affections tend à augmenter au cours des cinq premières années de vie.⁵ Les problèmes de comportement perturbateur sont un autre exemple de troubles mentaux observés chez les enfants. Selon leur âge, ces troubles peuvent comprendre des comportements d'agression, d'opposition et provocation, de manquement aux règles, de vol et de vandalisme. En grandissant, les enfants apprennent à adopter des comportements qui sont socialement acceptables au cours d'interactions avec leur environnement. On observe une

situation de « maladie » lorsqu'un enfant se livre à des comportements perturbateurs beaucoup plus souvent que les autres enfants de son groupe d'âge pendant une longue période.⁶

Facteurs génétiques et environnementaux

Il est généralement admis que les troubles complexes, comme les maladies mentales, se manifestent par l'interaction de nombreux facteurs génétiques et environnementaux.⁶ D'une part, les gènes ont un effet sur les comportements complexes en influant sur le développement et la fonction des éléments essentiels du système nerveux. Par exemple, le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) semble être un des troubles héréditaires de la santé mentale les plus communs dans l'enfance.⁷ D'après une étude récente, un déficit du contrôle inhibiteur est un marqueur cognitif de risque génétique partagé par les parents et leur progéniture, et la capacité de contrôle inhibiteur des parents prédispose fortement celle de leurs enfants.⁷ D'autre part, il est clair que les interactions parent-enfant pendant la petite enfance jettent les fondements du développement social et affectif de l'enfant. D'après des données probantes, des traumatismes pendant l'enfance (maltraitance, négligence ou perte d'un parent) constituent un important facteur de risque du développement de troubles d'anxiété et de l'humeur. À l'inverse, lorsque les enfants reçoivent des soins appropriés, ils sont mieux protégés des effets néfastes du stress.

La période prénatale est tout aussi importante, le comportement maternel ayant une incidence sur le fœtus en développement. Ainsi, l'usage du tabac chez les femmes enceintes augmente le risque que les enfants développent un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, un comportement oppositionnel, un trouble de conduite et des problèmes de toxicomanie à l'adolescence. Les troubles du spectre de l'alcoolisation foetale, une déficience congénitale permanente causée par la consommation d'alcool de la mère pendant la grossesse, sont la première cause de déficience mentale dans le monde occidental. La consommation d'alcool de la mère pendant la période prénatale est aussi associée à des troubles du développement et à des problèmes de comportement. Il a également été démontré que le stress psychosocial pendant la grossesse est lié à un risque accru de développer un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, de la schizophrénie et des anomalies sociales.

Effets épigénétiques

Un nombre croissant de recherches montre que les facteurs environnementaux influent sur le développement non seulement par les mécanismes psychosociaux, mais aussi par des effets épigénétiques. Il s'agit des mécanismes qui programment l'expression des gènes sans changer

leur séquence.⁸ Les effets épigénétiques sont bien connus dans le domaine de la recherche sur le cancer, et il a récemment été démontré qu'ils peuvent jouer un rôle important dans l'obésité et la régulation du comportement.⁶ Selon des études menées sur des rats, les ratons qui n'avaient pas été suffisamment léchés par leur mère (c.-à-d. qui avaient été négligés) montraient une modification chimique (méthylation) de l'ADN diminuant la capacité des rats à gérer le stress.⁹ D'autres études suggèrent que chez les humains aussi, les soins prodigués par les parents peuvent modifier l'expression des gènes et ainsi influencer la régulation du stress. Le régime alimentaire peut également avoir un effet sur l'expression des gènes. Des preuves fournies par deux grands échantillons de population aux Pays-Bas et en Chine montrent qu'une déficience nutritionnelle durant la grossesse est associée à un risque accru de schizophrénie à l'âge adulte. Des données considérables suggèrent que les changements épigénétiques ont un rôle à jouer. Les concentrations d'acide folique, particulièrement au début de la grossesse, pourraient être des facteurs de risque clés dans le développement d'importants troubles psychotiques.¹⁰

Que peut-on faire?

Les chercheurs disposent maintenant des outils requis pour effectuer des recherches sur des questions beaucoup plus complexes et réalistes concernant le développement de la psychopathie chez les jeunes enfants. Certaines études canadiennes qui se servent de données de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) et de l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ) ont mené aux premières descriptions du développement de problèmes de santé mentale dans la petite enfance. Par exemple, une étude effectuée sur des enfants de 2 à 11 ans a permis de découvrir que les enfants situés sur des trajectoires élevées d'agression physique étaient plus susceptibles d'être des garçons provenant de familles à faible revenu dont les mères n'ont pas terminé leurs études secondaires et qui ont employé des pratiques parentales hostiles ou inefficaces.¹¹ Une autre étude s'est penchée sur le développement précoce de symptômes d'hyperactivité chez des enfants de 2 à 7 ans et a découvert que le tabagisme pendant la grossesse, le sexe masculin de l'enfant, la dépression maternelle et les pratiques parentales hostiles constituaient des signes précoces de symptômes d'hyperactivité élevée.¹² On peut mettre à contribution ces connaissances pour mieux cibler les efforts de prévention et d'intervention. Par exemple, Sylvana Côté et ses collègues ont montré que les enfants de mères ne possédant que peu d'éducation qui fréquentaient une garderie avant l'âge de 9 mois étaient moins susceptibles de montrer des problèmes d'agression physique pendant la petite enfance.¹³

Devant l'accumulation de preuves sur l'importance de l'environnement pendant la période prénatale et les premières années de l'enfant, il devient clair qu'il faut commencer à intervenir dès le plus jeune âge. Les facteurs de risque des troubles sont déjà clairement en place, bien avant l'âge du début des programmes de "prévention" mis en oeuvre actuellement. La plupart des études d'intervention expérimentale ciblent les adolescents ou les préadolescents, en partie parce que les adolescents provoquent des perturbations sociales plus évidentes que les enfants du primaire ou les tout-petits. Toutefois, « tous les facteurs de risque précoces associés aux comportements perturbateurs semblent indiquer que les interventions précoces devraient débiter dès le début de la grossesse et être maintenues pour soutenir la famille et l'enfant aussi longtemps que nécessaire ». ⁶ En effet, dans un rapport de 2008, l'administrateur en chef de la santé publique du Canada¹⁴ a affirmé que d'« investir dans les familles ayant des enfants vivant dans la pauvreté et dans les programmes de développement des jeunes enfants » devrait être la priorité pour régler les problèmes de santé mentale et physique.

Références

1. OECD. Mental health in OECD countries. Paris, France: OECD; 2008. OECD Policy Brief.
2. Lim K-L, Jacobs P, Ohinmaa A, Schopflocher D, Dewa CS. Une nouvelle mesure, fondée sur la population, du fardeau économique de la maladie mentale au Canada. *Maladies chroniques au Canada* 2008;28(3):103-110.
3. Parliament of Canada. The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. *Out of the shadows at last: Transforming mental health, mental illness and addiction services in Canada*. Ottawa, ON: The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. Parliament of Canada; 2006.
4. Angold A, Egger HL. Preschool psychopathology: lessons for the lifespan. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2007;48(10):961-966.
5. Côté SM, Boivin M, Liu X, Nagin DS, Zoccolillo M, Tremblay RE. Depression and anxiety symptoms: onset, developmental course and risk factors during early childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2009;50(10):1201-1208.
6. Tremblay RE. Developmental origins of disruptive behaviour problems: The original sin, hypothesis, epigenetics and their consequences for prevention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2010;51(4):341-367.
7. Goos LM, Crosbie J, Payne S, Schachar R. Validation and extension of the endophenotype model in ADHD patterns of inheritance in a family study of inhibitory control. *American Journal of Psychiatry* 2009;166(6):711-717.
8. McGowen PO, Meaney MJ, Szyf M. Diet and the epigenetic (re)programming of phenotypic differences in behaviour. *Brain Research* 2008;1237:12-24.
9. Weaver ICG, Cervoni N, Champagne FA, D'Alessio AC, Sharma S, Seckl JR, Dymov S, Szyf M, Meaney MJ. Epigenetic programming by maternal behaviour. *Nature Neuroscience* 2004;7(8):791-792.
10. Rutten PFR, Mill J. Epigenetic mediation of environmental influences in major psychotic disorders. *Schizophrenia Bulletin* 2009;35(6):1045-1056.
11. Côté S, Vaillancourt T, LeBlanc JC, Nagin DS, Tremblay RE. The development of physical aggression from toddlerhood to pre-adolescence: A nation wide longitudinal study of Canadian children. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2006;34(1):71-85.
12. Romano E, Tremblay RE, Farhat A, Cote S. Development and prediction of hyperactive symptoms from 2 to 7 years in a population-based sample. *Pediatrics* 2006;117(6):2101-2110.

13. Côté SM, Boivin M, Nagin DS, Japel C, Xu Q, Zoccolillo M, Junger M, Tremblay RE. The role of maternal education and non-maternal care services in the prevention of children's physical aggression. *Archives of General Psychiatry* 2007;64(11):1305-1312.
14. Government of Canada. Ministry of Health. *The chief public health officer's report on the state of public health in Canada 2008: Addressing health inequalities*. Ottawa, ON: Ministry of Health. Government of Canada.

Dossier sur la santé mentale

Cette section regroupe un ensemble de publications provenant de l'Encyclopédie qui touchent la santé mentale des mères et des enfants.

Mars 2013

Liens vers les thèmes et textes d'experts sur la santé mentale :

MÈRE

ENFANT

Dépression maternelle

Thème

Syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF)

Thème

La dépression postpartum et les pleurs du
nourrisson

Texte d'expert

Tim F. Oberlander | Décembre 2005

Pauvreté et grossesse

Thème

Stress prénatal et développement de la
progéniture chez les primates non humains

Texte d'experts

Mary L. Schneider & Colleen F. Moore | *Mars 2011*
(Éd. rév.)

Le tabagisme pendant la grossesse et son lien
avec le développement psychosocial des
enfants

Texte d'expert

Patricia Brennan | *Mars 2011 (2ème éd. rév.)*

Anxiété et dépression

Thème

Attachement

Thème

Maltraitance des enfants

Thème

Agressivité-Agression

Thème

Stress et développement précoce du cerveau

Texte d'experts

Megan R. Gunnar, Adriana Herrera & Camella E.
Hostinar | *Juin 2009*

Autisme

Thème

Développement du cerveau dans la petite
enfance et développement humain

Texte d'expert

J. Fraser Mustard | *Mai 2010*

Hyperactivité et inattention (TDAH)

Thème

Habiletés parentales

Thème