



Santé mentale

Différences entre hommes et femmes

dans la Région de la Méditerranée orientale

Les problèmes de santé mentale figurent parmi les principales causes de la charge mondiale de morbidité et d'incapacité. D'après les estimations pour 2000, les affections mentales et neurologiques représentent 12,3 % des années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) perdues dans le monde et 31 % de toutes les années vécues avec une incapacité, tous âges confondus, pour les deux sexes. La recherche montre que les différences établies par la société entre les rôles, les responsabilités, la situation et le pouvoir des hommes et des femmes interagissent avec les caractéristiques biologiques propres à chaque sexe, ce qui entraîne des différences dans la nature des problèmes de santé mentale, la recherche d'une prise en charge de la part des personnes qui souffrent et les réponses apportées par le secteur de la santé et la société dans son ensemble.

Ce que l'on sait

Différences entre les sexes en matière de prévalence, de survenue et d'évolution des troubles mentaux

Si la prévalence de l'ensemble des troubles mentaux et du comportement ne semble pas changer selon le sexe, il existe toutefois des différences importantes dans les caractéristiques et les symptômes de ces troubles, différences qui varient selon les classes d'âge. Il ressort de la plupart des études que, durant l'enfance, les troubles des conduites sont moins fréquents chez les filles que chez les garçons, ces derniers ayant des comportements plus agressifs et plus asociaux. Au cours de l'adolescence, les filles sont nettement plus nombreuses à souffrir de dépression et de troubles de l'alimentation que les garçons et, chez elles, les idées suicidaires et les tentatives de suicide sont plus fréquentes. En revanche, les garçons sont davantage sujets à des accès de colère, ont plus souvent des comportements à risque et se suicident plus fréquemment que les filles. En règle générale, les adolescentes ont plutôt tendance à se replier sur elles-mêmes, alors que les adolescents expriment davantage leurs sentiments.

À l'âge adulte, la dépression et l'anxiété sont beaucoup plus courantes chez la femme. Une enquête effectuée en République islamique d'Iran a montré qu'un cinquième des personnes interrogées souffrait de troubles mentaux, les femmes 1,7 fois plus que les hommes (29 % contre 15 %) [1]. De même, lors d'une enquête en population réalisée dans une zone urbaine défavorisée de Rawalpindi, au Pakistan, on a estimé que 24 % des femmes et 10 %

des hommes souffraient de troubles dépressifs, le niveau de détresse augmentant avec l'âge pour les individus des deux sexes [2].

Les troubles liés à l'abus de substances et les comportements asociaux sont plus fréquents chez les hommes. Dans le cas des troubles mentaux graves tels que la schizophrénie et le trouble bipolaire, il n'y a pas d'écart de prévalence constant entre les sexes, mais la schizophrénie survient habituellement à un âge plus précoce chez les hommes, tandis que les femmes sont en général plus exposées à des formes graves de trouble bipolaire. Il est ressorti d'une étude menée en Arabie saoudite sur les internements psychiatriques dans un hôpital général que les hommes étaient plus souvent internés pour cause de schizophrénie et les femmes pour des troubles de l'humeur et des troubles anxieux [3].

Le taux de mortalité due au suicide est, presque partout dans le monde, plus élevé chez les hommes que chez les femmes, dans une proportion globale de 3,5 pour 1. Bien que les hommes meurent plus fréquemment par suicide que les femmes, les tentatives de suicide sont toujours plus courantes chez les femmes.

Facteurs liés à la santé génésique

Les facteurs génétiques et biologiques jouent un rôle dans la prévalence accrue des troubles dépressifs et anxieux chez la femme. La labilité de l'humeur associée aux changements hormonaux au cours du cycle menstruel est un phénomène qui a fait l'objet de plusieurs études. L'interaction de facteurs psychosociaux avec des facteurs hormonaux semble se



traduire par un risque élevé de dépression prénatale ou postnatale. Ainsi, la mésentente conjugale, un soutien social insuffisant et une situation financière médiocre sont associés à un risque accru de dépression postnatale. Les femmes peuvent souffrir par ailleurs d'une détresse psychologique et de troubles graves associés à des problèmes de santé génésique.

Un certain nombre d'études ont montré que la stérilité et l'hystérectomie augmentaient le risque pour les femmes de souffrir de syndromes affectifs/névrotiques, compte tenu en particulier de la haute valeur accordée aux enfants dans la Région et de la façon dont ceux-ci définissent le rôle et le but des femmes dans la vie. Sur un échantillon de 370 femmes ayant fait l'objet d'une étude dans un centre de recherche sur la stérilité en République islamique d'Iran, 40,8 % souffraient de dépression et 86,6 % d'anxiété. La dépression survenait le plus souvent après une période de 4 à 6 ans de stérilité [4]. Les conséquences des mutilations sexuelles féminines sur la santé mentale et leurs répercussions sur la procréation exigent davantage de recherches. Alors qu'il existe de nombreux documents sur la biologie de la reproduction et la santé mentale de la femme, peu de recherches ont été faites en revanche concernant le rôle que joue le fonctionnement de la procréation masculine sur la santé mentale de l'homme.

Variables prédictives de la maladie mentale

Selon diverses études effectuées dans la Région, les facteurs prédictifs des problèmes de santé mentale sont, entre autres, la violence physique exercée par le conjoint, l'analphabétisme, la précarité financière, l'absence de planification familiale, le manque d'autonomie et des sources de revenu non contrôlables. Ces facteurs sont confirmés par une étude des troubles dépressifs relevés chez des femmes d'une communauté de pêcheurs au Pakistan, troubles dont les causes étaient, notamment, le vieillissement, le fait d'être mariée, le fait d'avoir plus de quatre enfants, l'analphabétisme et des difficultés financières dans le ménage [5]. Un sentiment de manque d'autonomie et de maîtrise de sa propre vie est souvent associé à la dépression. Dans une zone urbaine défavorisée de Rawalpindi, les femmes vivant dans des ménages complexes souffraient davantage de détresse que celles qui vivaient dans des familles nucléaires, où elles jouissaient d'une plus grande autonomie [3].

Pauvreté

Les populations pauvres étant souvent confrontées à des événements de vie incontrôlables, tels que la maladie et la mort de membres de la famille, la précarité de l'emploi, un environnement insalubre ou un lieu de travail dangereux, elles sont sensiblement plus exposées au risque de dépression. Il ressort d'une étude portant sur 260 femmes vivant dans un squat de Karachi que près d'une femme sur quatre souffrait de maladie mentale. Au nombre des facteurs de ce phénomène figuraient les disputes avec le conjoint ou les beaux-parents, le chômage du conjoint, le manque de revenu de la femme ainsi que son manque d'autonomie dans la prise de décision [6].

Une situation de pauvreté peut être également associée à un risque accru d'abus d'alcool et de drogues ainsi que de violence chez l'homme. L'éducation peut contribuer à réduire la violence conjugale ou les mariages multiples de

l'homme. En outre, on a constaté que, chez les femmes, l'éducation constitue un facteur de protection contre la détresse psychique. On s'est rendu compte en effet que, en Syrie, les femmes qui avaient suivi 12 années de scolarité avaient trois fois moins de risque de souffrir de détresse psychique que les femmes analphabètes [7].

Vulnérabilités des hommes

On attend des hommes qu'ils taisent leurs émotions et se reposent sur les femmes dans de nombreux aspects de la vie familiale, mais ces comportements dictés par la société risquent de les plonger dans une détresse profonde s'ils se trouvent confrontés à des situations telles qu'un deuil. Par ailleurs, la responsabilité que la société et la religion imposent aux hommes, et à eux seuls, de subvenir aux besoins de leur famille peut constituer un facteur de stress supplémentaire pour eux.

Violence sexiste

Les données, quoique fragmentaires, dont on dispose attestent de l'existence d'un lien étroit entre la violence sexiste et la santé mentale. La dépression, l'anxiété et les troubles liés au stress, la dépendance à l'égard des psychotropes et les toxicomanies ainsi que le suicide sont autant de problèmes de santé mentale associés à des actes de violence survenant dans la vie des hommes et des femmes. Une étude portant sur un village de Haute Égypte a montré que 61 % des femmes étaient victimes de mauvais traitements physiques [8].

Ayant interrogé un échantillon de jeunes femmes en bonne santé physique dans des centres de soins de santé primaires de la République arabe syrienne, des chercheurs ont constaté que les plus puissants facteurs prédictifs de problèmes de santé mentale étaient l'analphabétisme, la vie au sein d'un mariage polygame et les sévices physiques subis. Un quart des femmes mariées ont reconnu avoir subi des violences physiques, infligées la plupart du temps par leur mari [7]. Au cours d'entrevues avec 150 femmes fréquentant des établissements de santé au Pakistan, 34 % d'entre elles ont déclaré avoir été physiquement agressées et 15 % ont déclaré avoir subi des violences physiques alors qu'elles étaient enceintes [9]. On a constaté que 72 % des femmes victimes de violences physiques étaient anxieuses et déprimées [9].

Situations d'urgence complexes et conflits

Si les victimes de situations d'urgence complexes sont particulièrement exposées à des problèmes de santé mentale, les hommes et les femmes réagissent en général de manière différente. On a constaté par exemple que les femmes souffraient de troubles psychiques graves dans les situations de conflit. Selon de récentes études menées en Afghanistan après les conflits, les femmes avaient une santé mentale nettement moins bonne que les hommes et présentaient un niveau plus élevé de stress post-traumatique, de dépression et d'anxiété [10]. Une enquête en population menée auprès des survivants du tremblement de terre de Bam a révélé que ceux qui souffraient le plus de détresse psychologique étaient les personnes âgées, les personnes les moins instruites, les personnes divorcées ou veuves, les personnes sans travail et les femmes de manière générale [11].

Stigmatisation

La stigmatisation empêche un grand nombre de malades mentaux de se faire soigner et de bénéficier d'un traitement approprié. Ces personnes refuseront de consulter des professionnels de la santé mentale par crainte de certaines réactions de la société et, s'efforceront de cacher leur maladie, ce qui peut aggraver leur stress et renforcer leur sentiment de honte et d'isolement [12]. Même lorsque le diagnostic a été posé, elles peuvent éprouver de l'anxiété à l'idée de révéler leur maladie ou de devoir poursuivre leur traitement. Chez les femmes atteintes de dépression vivant dans une communauté de pêcheurs au Pakistan, seules 13 % ont signalé qu'elles suivaient un traitement dans un établissement public et 14 % seulement qu'elles avaient déjà consulté un psychiatre. Une plus grande proportion d'entre elles (27 %) a déclaré avoir cherché un soulagement dans des traitements alternatifs traditionnels [5].

Les femmes peuvent souffrir de la stigmatisation associée à la maladie mentale, ce qui se traduira pour elles par une diminution des possibilités de mariage et un risque accru de divorce si la communauté vient à être au courant de cette maladie. Si, au Maroc, parmi les personnes atteintes de schizophrénie on trouve davantage d'hommes hospitalisés, cela s'explique par le fait que les femmes, étant davantage victimes de stigmatisation, sont moins disposées à se faire soigner [13].

Dans d'autres situations, la stigmatisation de la maladie mentale peut avoir des conséquences négatives plus importantes pour les hommes. D'après une étude réalisée en Égypte, une femme souffrant d'une grave dépression avait plus de chance d'être acceptée par les membres de sa famille qu'un homme souffrant de la même maladie [14].

La plus forte stigmatisation de la dépression chez l'homme s'expliquait par le sentiment qu'il devrait être plus difficile pour les hommes que pour les femmes d'assumer les rôles sociaux et familiaux qui leur sont assignés.

Quelles sont les recherches nécessaires?

Il est nécessaire d'examiner dans quelle mesure les différences entre les sexes influent sur les risques que courent les hommes et les femmes et leurs vulnérabilités, sur leur accès aux services de santé et sur les conséquences socioéconomiques de la santé mentale, dans des contextes et des groupes sociaux divers et à différents moments de la vie.

Il faut mettre davantage l'accent sur la recherche opérationnelle afin de recenser les facteurs susceptibles d'aider les individus à faire face à la détresse, et les résultats de cette recherche devraient orienter les programmes d'intervention, en particulier au niveau communautaire et à celui des soins de santé primaires. Il faudrait également faire des recherches plus approfondies pour savoir comment les disparités entre les sexes interagissent avec les différences entre hommes et femmes du point de vue de la biologie de la reproduction pour influencer les troubles mentaux et aussi comment ces différences modifient les effets des divers traitements pharmacologiques et psychosociaux.

Il y a lieu d'analyser les conséquences de l'évolution du statut professionnel des femmes sur leur santé mentale et sur celle de leur conjoint. Il conviendrait d'étudier dans quelle mesure la charge que représentent les soins donnés à domicile à un malade mental influe sur la santé mentale du soignant ou de la soignante, et il faudrait aussi approfondir les recherches concernant la santé mentale globale des femmes et des hommes âgés de la Région.

Quelles sont les incidences sur les politiques et programmes de santé mentale?

Les services de santé mentale destinés aux hommes comme aux femmes devraient être pleinement intégrés dans les soins de santé primaires. Les politiques et programmes de santé mentale devraient prendre en compte la compréhension des spécificités de chaque sexe dans un contexte donné et être élaborés en consultation avec des femmes et des hommes de diverses communautés et familles et faisant partie des usagers des services médicaux. Lors de la planification des programmes, il faut tenir compte des obstacles fondés sur l'appartenance sexuelle qui empêchent l'accès aux soins de santé mentale. Une démarche axée sur les soins de santé publique est nécessaire pour améliorer la prévention primaire et agir sur les facteurs de risque, dont bon nombre sont propres à l'un ou l'autre sexe, et il faut également prévoir des soins à assise communautaire pour les personnes souffrant de troubles mentaux chroniques. Il est nécessaire d'organiser la fourniture de ces soins dans la communauté pour permettre aux structures qui auront été mises en place de répondre aux besoins spécifiques des hommes et des femmes et pour que les femmes n'assument pas une part disproportionnée des responsabilités en matière de soins.

Références

- [1] Noorbala AA et al. Mental health survey of the adult population in Iran. *British Journal of Psychiatry*, 2004, 184, 70–73.
- [2] Mumford DB, Minhas FA, Akhtar I, Akhter S et Mubbashar, MH. Stress and psychiatric disorder in urban Rawalpindi. *British Journal of Psychiatry*, 2000, 177, 557–562.
- [3] Abu-Madini MS et Rahim SI. Psychiatric admission in a general hospital: patients profile and patterns of service utilization over a decade. *Saudi Medical Journal*, 2002, 23(1), 44–50.
- [4] Ramezanadeh F et al. A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC Women's Health*, 2004, 4(1), 9.
- [4] Nisar N, Billoo N et Gadit AA. Prevalence of depression and the associated risk factors among adult women in a fishing community. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 2004, 54(10), 519–525.
- [5] Rabbani F et Raja FF. The minds of mothers: Maternal mental health in an urban squatter settlement of Karachi. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 2000, 50(9), 306–312.
- [6] MaziakW, Asfar T, Mzayek F, Fouad FM. et Kilzieh N. Socio-demographic correlates of psychiatric morbidity among low-income women in Aleppo, Syria. *Social Science and Medicine*, 2002, 54(9),1419–27.
- [7] El-Rafei M. (non publié). *Community-based advocacy to identify and to reduce domestic violence against females in an upper Egyptian rural village*. Rapport présenté en 2002 au Centre de recherche sociale, Université américaine du Caire (Égypte).
- [8] Fikree FF et Bhatti LI. Domestic violence and health of Pakistani women. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 1999, 65(2), 195–201.
- [9] Scholte WF et al. Mental health symptoms following war and repression in eastern Afghanistan. *Journal of the American Medical Association*, 2004, 292(5), 626–628.
- [10] Montazeri A et al. Psychological distress among Bam earthquake survivors in Iran: a population-based study. *BMC Public Health*, 2005, 5, 4.
- [11] Sokratis D, Stevens S, Serfaty M, Weich S et King M. Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 2004, 184:176–181.
- [12] Kadri N, Manoudi F, Berrada S, Moussaoui D. Stigma impact on Moroccan families of patients with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry* (Revue canadienne de psychiatrie), 2004, 49 (9): 625–629.
- [13] Coker EM. Selfhood and social distance: Toward a cultural understanding of psychiatric stigma in Egypt. *Social Sciences and Medicine*, 2005.