

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Band: 93 (1995)

Heft: 3

Artikel: Aspects psychosociaux et psychiatriques de la santé de la femme

Autor: [s.n.]

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-951185>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 08.11.2024

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Editorial

Depuis plusieurs années, différentes unités de l'OMS travaillent pour améliorer la santé et le bien-être des femmes dans le monde entier. Les études en la matière ne manquent pas, mais il faut bien constater que la théorie n'a jamais guéri personne et que le canal de l'information entre les hautes sphères et «le terrain» est souvent bouché, mal entretenu, voire même absent. Pourtant j'ai envie de consacrer ce numéro au thème général et théorique de la femme et la santé mentale, car j'y vois une volonté nouvelle à remettre en question le concept même de santé et de le définir en regard du contexte où l'on se trouve afin de partir du terrain, du «particulier» et non plus du «général».

Ce document met en évidence les obstacles qui ont empêché de définir convenablement la santé mentale des femmes tels que les préjugés coriaces que la médecine a pu porter sur le comportement féminin sans reconnaître la spécificité de chaque sexe.

Le chapitre «stress et santé de la procréation» révèle que les femmes éprouvent les situations de stress et y réagissent de manière différente par rapport aux hommes: nous y découvrons, entre autres, des profils différents pour ce qui est de l'activation des voies neuro-végétatives lors d'un stress. Comme quoi: «Le corps et l'esprit ne font qu'un»; ça, ce n'est pas nouveau!...

Bonne lecture, Denise Vallat

Santé de la femme – Santé mentale

Aspects psychosociaux et psychiatriques de la santé de la femme

Les concepts de santé, de santé de la femme et de santé mentale

Introduction

La santé est un état relatif, à plusieurs dimensions, et particulier à chaque individu. En 1946, l'Organisation mondiale de la Santé a défini la santé comme «un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité». Le 12 septembre 1978, la Déclaration d'Alma-Ata a réaffirmé cette définition et proposé une stratégie fondamentale de promotion de la santé et de prévention. La Deuxième Conférence internationale sur la Promotion de la Santé, qui s'est tenue à Adélaïde en 1988, a spécifié, parmi les quatre domaines d'action recom-

mandés, qu'il s'agissait notamment de promouvoir la santé des femmes. Cette question de la santé des femmes, comme sujet distinct, est d'apparition assez récente. Dans le passé, les préoccupations concernant les besoins de santé des femmes se rapportaient essentiellement à la fonction de procréation et se limitaient à l'obstétrique, à la gynécologie et à la planification familiale. Il est généralement admis de nos jours que, si les femmes ont une espérance de vie supérieure à celle des hommes dans la plupart des pays développés, elles souffrent de symptômes aigus et chroniques plus nombreux et recourent plus fréquemment aux services de santé. L'un des grands problèmes que pose la médecine de la femme est celui de la santé mentale. Celle-ci ne peut cependant être séparée de la santé en général, l'opposition entre le corps et l'esprit apparaissant comme un produit de la pensée scientifique occidentale.

Quatre critères de «normalité»

On a pu distinguer quatre conceptions de la normalité en matière de santé mentale (Offer et Sabshin, 1984). La première considère que la santé est l'état normal, ce qui correspond à une démarche médico-psychiatrique traditionnelle centrée sur la définition d'états pathologiques; en d'autres termes, la normalité est l'absence de pathologie. La deuxième conception fait de l'état normal une utopie ou un idéal; elle est défendue par les théoriciens de la psychanalyse et par des penseurs humanistes qui définissent la normalité comme un niveau idéal de fonctionnement ou d'auto-réalisation; les critiques de cette conception font observer que ce niveau idéal est rarement atteint; en outre, certaines cultures, par exemple celle des Maoris de Nouvelle-Zélande, considèrent ce centrage sur l'individu comme l'antithèse de la santé mentale, car elles valorisent l'interdépendance plus que l'indépendance. La troisième conception, celle des sociologues, fait de la normalité une «moyenne» fondée sur une distribution normale, le segment médian étant considéré comme normal et les deux segments extrêmes comme déviants; dans cette conception, normal ne signifie pas nécessairement asymptotique. La quatrième conception perçoit la normalité dans des systèmes transactionnels; sous cet éclairage, la conduite normale est le produit final de l'interaction de systèmes qui évoluent dans le temps en fonction du développement et selon la nature de l'environnement.

La «normalité» dans une interaction de systèmes

Cette approche transactionnelle a été développée dans un rapport du Canada intitulé «La Santé mentale pour tous les Canadiens» (1988). Ce rapport reprend la définition de la vie mentale comme «une expérience interne liée à l'expérience interpersonnelle de groupe» proposée par l'Organisation mondiale de la Santé dans l'un de ses rapports annuels (1981).

La vie mentale combine donc trois types d'expériences; les expériences

approche novatrice a permis d'identifier les biais sexuels des théories et des méthodes psychologiques.

Webster et Ipema (1986) ont montré comment la «vision du monde» d'un thérapeute peut influencer sur ce qui sera défini comme un problème, sur ce qui sera perçu comme une intervention appropriée et sur ce qui constituera un succès au moment d'évaluer le résultat. Si l'on considère rétrospectivement les théories et les philosophies, on peut observer à quel point elles déterminent la manière d'interpréter les problèmes. Au Moyen-Age, les signes de démence étaient traités par la trépanation en vue de libérer les mauvais esprits. A la Renaissance, on croyait que toute femme qui prétendait posséder un pouvoir de guérison était une sorcière qui n'était justiciable que de la torture ou de la mort. Au siècle dernier, les femmes récalcitrantes ou capricieuses étaient traitées par ovariectomie. Showalter (1987) a montré comment les idées de Darwin ont conduit à l'opinion que la biologie détermine le destin car «le sexe est autant dans l'esprit que dans le corps». La physiologie féminine marque la femme «pour des fonctions dans la vie très différentes de celles de l'homme». Les théories sur les différences entre les sexes conduisirent à définir de manière impérative les rôles des deux sexes et furent utilisées pour contrôler les conduites féminines. Les femmes furent donc considérées uniquement comme ménagères et mères. L'idéologie médicale répandit l'opinion selon laquelle le système biologique de la femme la prédispose à la mauvaise santé et à l'échec. En bref, les femmes étaient des êtres intrinsèquement prédisposés à la maladie par leur constitution. Les manuels d'hygiène, qui prétendaient voir une relation de cause à effet entre les transgressions sexuelles de la femme et ses problèmes de santé, renforçaient le lien entre le rôle social de la femme et son état de santé. Les deux grands textes féministes («La Femme et la Folie», de Chesler, 1972, et «La Femme, la Folie et la Culture anglaise de 1830 à 1980» de Showalter, 1987) soulignent l'équivalence entre «folie» et «féminité» et décrivent les modes successives que l'on peut reconnaître dans la présentation des symptômes féminins et dans les réponses de la médecine (généralement) masculine. Le concept de «femme hystérique» était né. Les femmes furent

encore et encore diagnostiquées pour des types de comportement que les écrivains féministes considèrent comme le produit d'une culture et que les femmes utilisaient pour échapper aux angoisses situationnelles engendrées par l'étroitesse de leur vie sociale.

Une conception stéréotypée qui dure depuis des lunes!

Plath fait observer qu'une femme est de toute façon condamnée: si elle est normale, elle est folle par implication, et si elle est anormale, elle est folle par définition (Calvert, 1979).

Le freudisme, qui voit dans la femme un être passif, inférieur et réceptif, a profondément influencé toutes les théories suivantes. Certaines, par exemple le behaviorisme, ont feint d'ignorer totalement la femme. La femme et son rôle sont analysés à la lumière d'une théorie qui lie la dépression à la dépendance et à l'auto-dépréciation et en voit la source dans une impuissance intériorisée.

On a gardé, jusque vers la fin des années 70, une vue rigide des différences entre les sexes et de leurs rôles respectifs. On trouve, dans des études comme celle de Broverman et al. (1970), un témoignage de la persistance d'une conception stéréotypée des rôles des deux sexes dans les soins de santé. Cette étude constate que les cliniciens, examinant des hommes et des femmes, appliquent une double norme de ce qui est comportementalement sain ou pathologique. La femme saine est revêtue de traits qui diffèrent de ceux des hommes mentalement sains ou des êtres humains en bonne santé. Les femmes sont ainsi confrontées à un dilemme, soit qu'elles rejettent les comportements féminins, soit qu'elles se comportent en femmes et renoncent ainsi à passer pour des êtres humains en bonne santé. On avance parfois que les biais sexuels dans l'esprit des praticiens expérimentés sont comparative-ment négligeables. Cependant, l'expérience indique, preuves à l'appui, que les médecins, en particulier ceux qui opèrent dans le domaine de la santé mentale, où les jugements subjectifs sont courants, et qui exercent un pouvoir sur la vie d'autrui, doivent être constamment

conscients d'un risque de discrimination entre les sexes dans leur pratique.

Il est reproché à la thérapie de tenter de replacer les femmes dans la situation dans laquelle elles ont perdu leur santé mentale et de négliger d'envisager la nécessité d'un changement social. La conception stéréotypée du rôle des sexes limite les rôles de femmes et leur impose des ajustements plus importants qu'aux hommes. Parmi les critiques formulées par Webster (1988) à l'encontre de la psychologie, figure la propension à découvrir des pathologies individuelles et à les «traiter» au lieu d'identifier les causes sociales des problèmes et d'y remédier. D'autres critiques concernent les problèmes de subjectivité et l'étroitesse de la vision. La thérapie peut fort bien déformer le vécu de la femme et contribuer à son oppression. Un aspect spécialement préoccupant est le problème de l'abus sexuel commis sur leurs clientes par les psychothérapeutes, qui constitue peut-être le point extrême de l'abus de la relation de pouvoir inhérente au processus psychothérapeutique.

Les incidences différentes de la dépression de la femme selon qu'elle est liée au mariage, à la procréation ou au travail hors du foyer mettent en question le bien-fondé d'une promotion des rôles traditionnels de la femme.

Santé et différences

La nécessité d'explorer de nouvelles voies pour comprendre les femmes et les aider à traiter plus efficacement les problèmes qui leur sont propres ainsi que les problèmes qui peuvent les toucher de manière différente, a conduit à l'élaboration de nouvelles méthodes thérapeutiques pour les femmes, par exemple les groupes de conscientisation. Une différenciation s'établit entre les thérapies non sexistes (celles qui s'efforcent d'éviter une conception stéréotypée du rôle des deux sexes comportant une discrimination à l'égard de l'un ou l'autre) et les thérapies féministes (qui vont plus loin, et mettent en cause la relation de pouvoir inhérente à tout processus thérapeutique et appel-

cognitives (perceptions, processus de pensée), les expériences affectives (émotions, humeurs, sentiments); et les expériences relationnelles (la manière dont les individus interagissent les uns avec les autres et avec l'environnement).

La reconnaissance de plus en plus large de l'importance de forces extérieures telles que les facteurs sociaux et économiques, les relations, le milieu physique et l'environnement organisationnel, a conduit à une extension du concept de santé mentale. Au lieu de se résumer aux caractéristiques de l'individu, la santé mentale est devenue la ressource qui permet à l'individu d'interagir avec le groupe et avec les possibilités et les influences émanant de l'environnement. Elle se définira donc, conformément aux valeurs et aux objectifs de la société désiré comme

«ce qui permet à l'individu, au groupe et à l'environnement, d'interagir l'un avec l'autre de manière à promouvoir le bien-être subjectif, le développement et l'utilisation optimaux des capacités mentales (cognitives, affectives et relationnelles), la réalisation des objectifs individuels et collectifs compatibles avec la justice ainsi que l'établissement et la préservation de conditions d'égalité fondamentale».

Une telle définition de la santé mentale ne se réfère pas à la notion de trouble mental et n'implique pas non plus que la santé mentale et le trouble mental sont les pôles opposés d'un continuum. Les troubles mentaux ne sont que l'un des nombreux obstacles possibles qui empêchent l'individu de tirer parti de ses forces et de ses ressources intérieures. D'autres obstacles seront la maladie physique, la pauvreté ou la discrimination sociale, qui toutes atteignent plus fréquemment les femmes. Il y aura donc trouble mental lorsqu'une pathologie reconnue et médicalement diagnostiquable se traduira par une perte importante des capacités cognitives, affectives ou relationnelles de l'individu. Les troubles mentaux résulteront de facteurs biologiques, développementaux ou psychosociaux. L'opposé du trouble mental serait une absence complète de symptômes. Par contre, un continuum de la santé mentale

présenterait deux pôles, celui de la santé mentale optimale et celui de la mauvaise santé mentale. La santé mentale optimale impliquerait que les facteurs individuels, de groupe et environnementaux agissent ensemble pour assurer efficacement le bien-être subjectif, le développement et l'usage optimaux des capacités mentales et la réalisation d'objectifs compatibles avec les principes de justice et d'égalité. La mauvaise santé mentale minimale résulterait des conflits entre les facteurs individuels, de groupe et environnementaux, générateurs de détresse subjective, de déficience ou de sous-développement des facultés mentales, d'échec dans la réalisation des objectifs, de conduites destructrices et d'enracinement des iniquités. Une telle définition apporte de l'espoir à ceux qui souffrent de troubles mentaux chroniques, permet de définir une large gamme de stratégies pour atteindre les objectifs de la santé mentale et rend superflue une description des objectifs en termes psychiatriques. En outre, elle admet que la répartition du pouvoir entre les individus, les groupes et leur environnement est un déterminant crucial de la santé mentale et rend superflue une description des objectifs en termes psychiatriques. En outre, elle admet que la répartition du pouvoir entre les individus, les groupes et leur environnement est un déterminant crucial de la santé mentale.

Convention 1979 en faveur des femmes

La longue et difficile bataille pour les droits de la femme et pour son égalité politique, économique, sociale, culturelle et civile avec l'homme a été décrite par Aldaba-Lim (1991). En 1979, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté une Convention en 30 articles sur l'Élimination de toutes les Formes de Discrimination à l'égard des Femmes. En avril 1991, cette Convention avait été ratifiée par 104 Etats membres. Parmi ces membres, toutefois, on notait encore l'absence de pays comme l'Inde, le Pakistan et les Etats-Unis. Le décalage reste donc grand entre la réalité et les ambitions. Au moins 444 millions de femmes d'Asie sont analphabètes; l'illettrisme est surtout une caractéristique des femmes des campagnes, alors que les citadins de sexe masculin constituent le gros de ceux qui savent lire et écrire. Dans

certains villages, aucune femme ne sait lire ni écrire. **La proportion des femmes analphabètes a augmenté ces 25 dernières années.** Malgré quelques signes de progrès, le développement des femmes prend du retard dans de nombreux pays. L'enseignement tiré de la Décennie de la Femme, dont les Nations Unies avaient pris l'initiative, est que

«le monde ne changera pour les femmes que s'il peut être changé par les femmes».

Depuis quelques décennies, on perçoit de plus en plus clairement que l'inégalité des sexes répand largement ses effets destructeurs et que le stress touche davantage les femmes en raison de leur statut social inégal, surtout en ce qui concerne leur rôle dans la famille. Des circonstances et des conditions que la société accepte comme normales ou ordinaires sont souvent à l'origine de problèmes de santé mentale chez les femmes. Les femmes se heurtent à des dilemmes et à des conflits sur le terrain du mariage, des relations familiales, de la procréation, des soins aux enfants, du divorce, du vieillissement, de l'éducation et du travail. Parmi les facteurs de stress qui concernent davantage les femmes et peuvent accroître le risque de dépression, il faut mentionner les violences physiques et sexuelles, le harcèlement sexuel, la discrimination entre les sexes, la grossesse non désirée, le divorce, la pauvreté et la dépendance. Les données épidémiologiques lient la maladie mentale à l'aliénation, à la dépendance et à la pauvreté, situations que les femmes vivent plus fréquemment que les hommes (Russo, 1985).

Théories et thérapeutes

Nos croyances et nos attentes concernant les rôles et l'identité des femmes dans le travail, dans la famille et dans la communauté, ont sensiblement évolué depuis quelques décennies. En même temps, on a pu observer une explosion des connaissances, révélatrice des efforts entrepris pour comprendre et expliquer la vie des femmes. Cette

lent à ouvrir la voie à des thérapies de caractère égalitaire permettant d'apprendre ce qu'est le vécu de la femme plutôt que de dire ce que son vécu est ou devrait être). Les féministes ont eu une action importante sur le système de santé mentale grâce à la campagne qu'elles ont menée contre la violence dont les femmes étaient victimes et en élaborant d'autres modèles de services, par exemple des centres d'assistance aux victimes de violences sexuelles et des refuges pour femmes battues. Les attitudes et les connaissances nouvelles proposées par les critiques féministes ont contribué à l'élaboration de programmes de prévention et conduit à des changements dans la législation. Parmi les contributions apportées par le mouvement féministe, on mentionnera l'analyse féministe des troubles de l'alimentation, qui voit dans ces problèmes un phénomène propre aux sociétés ayant des conceptions limitatives des rôles des deux sexes et proposant une image idéale du corps à laquelle la plupart des femmes sont dans l'impossibilité de se conformer. Aussi, plus de 90% des personnes présentant des troubles de l'alimentation sont-elles des femmes. Là où les femmes sont nettement en minorité et où les services s'occupent principalement d'hommes, l'énergie des féministes s'est employée à mettre sur pied des services destinés aux femmes, par exemple en ce qui concerne l'alcoolisme. La situation des femmes dans les institutions psychiatriques, où elles peuvent être victimes de sexisme, de négligence et de traumatismes aussi bien que de violences sexuelles, est également un domaine important qui nécessiterait une attention approfondie.

De nos jours, de nombreuses théories développementales et psychologiques s'obstinent à présenter le vécu masculin comme la norme et à ignorer ou évaluer de manière négative les différences que présente la femme par rapport à cette norme. Il est essentiel, si l'on veut améliorer la théorie, de proposer des stratégies pertinentes et d'autoriser une action, de prendre en compte le vécu de la femme et son contexte (O'Rourke, 1984).

Les recherches actuelles, s'ajoutant aux changements sociaux, favoriseront l'élaboration d'une nouvelle conception de la femme. Les différences entre les hommes et les femmes ne signifient pas

que les uns sont plus faibles que les autres mais qu'il est nécessaire de chercher à expliquer ces différences afin d'améliorer la santé des hommes et des femmes (O'Rourke, 1984).

Mesures des états de santé

La plupart des mesures de l'état de santé se rapportent essentiellement à la mauvaise santé physique et psychologique; par exemple, on mesurera la mortalité et la morbidité. Les mesures du bien-être vont prendre de plus en plus d'importance car les services de santé, cessant d'assurer quasi exclusivement des prestations curatives, accordent une attention croissante à la prévention de la maladie (Kilgour, 1991), à la promotion de la santé et à la qualité de la vie. Les conduites de santé sont des activités visant à promouvoir ou protéger la santé de la personne et comportent l'examen des seins, l'examen cytologique du col de l'utérus, la prise de médicaments et l'adaptation du régime alimentaire. La perception personnelle de la santé invite la femme à apprécier comparativement sa santé pour la considérer comme moins bonne, aussi bonne ou meilleure que la santé d'autres personnes de son âge. Il a été montré que cette perception personnelle est un indicateur important de l'état de santé (Mossey et Shapiro, 1982).

Murchie (1984), dans une étude effectuée en Nouvelle-Zélande, a comparé des femmes Maoris déclarant avoir une bonne santé générale avec des femmes présentant leur santé comme «assez bonne» ou «mauvaise». Cette étude se fonde sur des mesures du bien-être et de la mauvaise santé et elle a permis d'établir un profil des facteurs associés à la bonne santé dans le milieu des femmes Maoris. Une femme en bonne santé avait, par rapport aux autres, 2 fois plus de chance de déclarer n'avoir aucun souci majeur; 1,5 fois plus de chance de déclarer n'avoir aucun sentiment de frustration en ce qui concerne son travail; 3 fois plus de chance de n'avoir pas de personnes à charge vivant à son foyer; 2 fois plus de chance de n'avoir pas de préoccupations au sujet de ses enfants et 1,5 fois plus de chance de ne pas être absorbée prin-

cipalement par les tâches ménagères. Les listes de symptômes à relever fournissent des estimations de la détresse et de la démoralisation, sans toutefois permettre la classification des sujets en catégories discrètes de maladies; d'autre part, il n'est pas établi de rapport solide entre les taux d'amoin-drissement des capacités et les diagnostics spécifiques. Les symptômes dépressifs sont le type de manifestation le plus courant de la souffrance psychologique et ils sont communs à de nombreux troubles psychiatriques de nature variée.

Une vaste enquête sur la santé mentale des femmes a été effectuée en Nouvelle-Zélande dans la région d'Ottago (Walton et al., 1990). L'instrument utilisé pour mesurer les états de santé était le Questionnaire général sur la Santé (QGS), qui mesure la symptomatologie psychiatrique. Cette étude montre comment des facteurs physiques et sociaux peuvent provoquer ou perpétuer la mauvaise santé mentale. Une médiocre santé physique et d'importants problèmes conjugaux peuvent conduire à la mauvaise santé mentale. Les autres facteurs corrélés avec la morbidité psychiatrique sont la qualité des réseaux sociaux, des problèmes d'alcoolisme, les violences sexuelles subies dans l'enfance, la faiblesse du statut socio-économique et des violences sexuelles et physiques subies à l'âge adulte (Romans-Clarkson et al., 1990). Parmi les femmes qui tombaient malades, les deux tiers recrouaient la santé dans l'année. Toutes celles qui n'étaient pas guéries après ce délai avaient connu de graves difficultés financières (Walton et al., 1990).

Une enquête menée au Royaume-Uni au plan de la médecine généraliste concernant des femmes âgées de 20 à 59 ans a conduit à des résultats similaires (Ballinger et Smith, 1985). Elle montrait que les femmes séparées et divorcées étaient exposées au risque le plus élevé de morbidité psychiatrique; le risque le moins élevé était encouru par les femmes seules. Les scores atteints sur la base de QGS étaient plus élevés pour les femmes ayant trois enfants ou plus. Les scores élevés étaient associés à des problèmes de relations interpersonnelles avec des parents ou le mari, au statut conjugal, au nombre d'enfants, à

la classe sociale et à des problèmes gynécologiques tels que des règles douloureuses, ménorragies ou règles irrégulières.

GATH et al. (1990) ont mis en lumière la nécessité de faire la distinction entre l'humeur déprimée (sentiments de tristesse familiaux à chacun) et le trouble dépressif (syndrome moins courant mais beaucoup plus grave). Les traits caractéristiques du trouble dépressif sont l'abattement, le désintérêt, la perte de l'énergie et du plaisir, une faible concentration, des idées pénibles de culpabilité, l'auto-dépréciation, la désespérance, des idées de suicide, des troubles de l'appétit, du poids, du sommeil et de la libido, ainsi que la lenteur de la parole ou des mouvements.

LaDue a observé, dans une note non publiée, que tous les critères de diagnostic et toutes les méthodes d'évaluation reposent sur des constructions théoriques au sujet des comportements humains, de la normalité et de la pathologie. Par exemple, il est couramment présumé que les hallucinations auditives et le désordre de la pensée couplés avec une coupure des relations sociales sont symptomatiques de la schizophrénie. Dans les cultures traditionnelles de certains groupes ethniques, les symptômes peuvent refléter des pratiques religieuses et faire partie d'un processus de guérison et non dénoter une aggravation de la pathologie. L'utilisation de drogues, les états de transe, le fait de se tenir à l'écart de la communauté à laquelle on appartient, ainsi que d'autres comportements «anormaux», doivent être appréciés dans le contexte culturel et religieux avant d'être considérés comme déviants ou nuisibles. Il apparaît que peu de comportements pathologiques peuvent être généralisés, de nombreux groupes présentant des syndromes qui leur sont particuliers. Il en résulte que les tests normalisés d'évaluation et de diagnostic risquent de ne pas convenir aux groupes minoritaires et aux autres cultures.

Les différences liées au sexe dans la santé mentale

D'après toute une série d'études, les femmes sont beaucoup plus touchées que les hommes par des problèmes de

santé mentale et leur vulnérabilité est étroitement associée à leur situation conjugale, à leur travail et à leurs rôles dans la société. (L'Enquête Sanitaire Australienne de 1983 a relevé 357'000 femmes et 197'000 hommes signalant des problèmes de santé mentale).

Russo (1990) rapporte que des études épidémiologiques communautaires ont permis de constater que, pour les 15 groupes de diagnostic étudiés, les taux de prévalence d'atteintes chroniques étaient sensiblement différents d'un sexe à l'autre. La dépression majeure, l'agoraphobie et les phobies simples touchent surtout les femmes, alors que les pathologies principalement observées chez les hommes sont la personnalité antisociale, l'abus d'alcool et la dépendance alcoolique. Les diagnostics de dysthymie, d'obsession-compulsion, de somatisation et de panique sont plus probables chez les femmes que chez les hommes. Il n'apparaissait pas, cependant, qu'il y eût des différences entre les sexes en ce qui concerne les accès maniaques ou les atteintes aux facultés cognitives. Il est à noter que l'inclusion des troubles liés à l'alcool (de même que les troubles liés à la drogue et les troubles de la personnalité) dans la définition du dérèglement mental est sujette à controverse étant donné que ces troubles peuvent ne pas être générateurs de souffrance personnelle ou de désorganisation mentale. Il existait également aux Etats-Unis des différences qui variaient selon la situation conjugale ou la race et l'appartenance ethnique et ne pouvaient être expliquées par des modèles biomédicaux. Les hommes qui n'avaient jamais été mariés et les hommes séparés ou divorcés sont plus souvent admis dans les institutions psychiatriques que les femmes mariées sont plus élevés que ceux des hommes mariés. Cette constatation n'est cependant pas valable quel que soit le diagnostic. Elle souligne combien il est important de mieux comprendre les relations complexes entre le sexe, l'appartenance ethnique, les rôles des deux sexes et la santé mentale. Il est rare que la recherche se soit penchée sur la synergie de ces facteurs.

Des facteurs sociaux peuvent aider les femmes à s'adapter à certains troubles. Par exemple, pour la schizophrénie, le tableau peut être différent pour les

femmes, avec des niveaux de prévalence identiques, la maladie se manifestant de 4 à 6 années plus tard, les hospitalisations étant plus brèves et moins nombreuses, le pronostic plus favorable et la préférence allant au maintien à domicile. Les facteurs sociaux en cause pourraient être une atténuation des exigences liées aux rôles sociaux, un meilleur support social et une plus grande tolérance de la société (et des parents) aux symptômes de la schizophrénie chez la femme (Rapport de la Commission de la Santé 1991).

Gove et Tudor (1973) avaient soutenu précédemment qu'en raison des rôles qu'elles assument dans la société occidentale, les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'avoir des problèmes émotionnels. Les principales raisons avancées à l'appui de cette affirmation étaient que: 1) les hommes ont deux sources de satisfaction, leur travail et leur famille, alors que les femmes n'en ont qu'une, la famille; 2) les soins aux enfants et les tâches ménagères sont des activités frustrantes; 3) le rôle de la femme au foyer est relativement peu structuré et invisible; 4) lorsqu'une femme mariée travaille, elle occupe une position moins satisfaisante que l'homme marié; 5) les femmes sont confrontées à des attentes imprécises et diffuses. Ces auteurs notaient que les études communautaires comme les études de population traitées montraient clairement que les femmes étaient plus nombreuses que les hommes à avoir des problèmes de santé mentale. Cette observation est valable pour les femmes mariées et les hommes mariés, mais si l'on considère les personnes seules, on constate que les hommes, dans chaque catégorie, avaient plus de chance d'avoir des problèmes de santé mentale. D'autres études avaient montré avant la Deuxième Guerre Mondiale que les troubles de la santé mentale étaient plus fréquents chez l'homme que chez la femme, ce qui signifie que les changements sociaux ont été défavorables aux femmes. De même, dans les communautés touchées par la crise économique, l'incidence des troubles de la santé mentale était plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Par contre, dans un village intégré de l'Arcadie française - traditionnel, attaché à la famille et culturellement isolé - la prévalence globale des mala-

dies mentales était plus faible et les taux étaient moins élevés chez les femmes que chez les hommes.

Ibrahim (1980) avait constaté dans une étude antérieure de la relation entre la situation conjugale et la santé mentale que les femmes mariées souffraient davantage de troubles mentaux que les hommes mariés, mais que les femmes seules avaient des taux de troubles mentaux identiques, voire moins élevés, que les hommes seuls. Les individus mariés des deux sexes avaient une meilleure santé physique que les individus non mariés. Il semble que, par rapport au célibat, le mariage est généralement associé avec une meilleure santé physique, aussi bien pour les hommes que pour les femmes, mais non, en ce qui concerne les femmes, avec une meilleure santé mentale, à moins qu'il ne s'agisse de femmes ayant un emploi rémunéré. Dans certaines circonstances, cependant, de tels emplois peuvent avoir des conséquences dommageables.

Ross et al. (1983) ont testé l'hypothèse selon laquelle les niveaux de souffrance psychologique chez les hommes et les femmes mariés seraient plus proches dans les sociétés qui reconnaissent la valeur de la famille et du rôle de la femme au foyer. Ces auteurs ont comparé, sur la base d'un questionnaire, une communauté anglo-américaine et une communauté mexicaine. L'écart entre les niveaux de souffrance psychologique des hommes et des femmes mariés était moindre dans la culture mexicaine que dans la culture anglo-américaine. Toutefois, l'éducation et le fait pour la femme d'occuper un emploi influent sur la satisfaction conjugale, laquelle influe à son tour sur le niveau de souffrance psychologique. L'éducation accroît la satisfaction conjugale, alors qu'un emploi rémunéré la diminue. Dans les deux cultures, la femme qui travaille est moins sujette à la souffrance psychologique. Parry et Shapiro (1986) ont noté que les femmes appartenant aux classes laborieuses et qui ont une activité professionnelle en dehors du foyer souffrent moins de dépression lorsqu'elles bénéficient d'un bon soutien social mais davantage en l'absence d'un tel soutien.

Russo (1990), examinant cette question, observe que le fait d'avoir des enfants,

en particulier lorsqu'ils sont jeunes, accroît les symptômes de souffrance psychologique chez les femmes, qu'elles aient ou non un emploi extérieur; en outre, ces symptômes semblent augmenter avec le nombre des enfants vivant au foyer. Le caractère bénéfique ou nocif de l'emploi pour la santé mentale des femmes dépend pour beaucoup de l'attitude du mari et de la satisfaction qu'apportent les soins donnés aux enfants. Pour les femmes qui travaillaient, si les soins aux enfants pouvaient être assurés et si le mari y participait, les taux de dépression étaient faibles. Par contre, ces taux étaient très élevés s'il n'était pas possible d'assurer les soins aux enfants et si la mère devait en assumer seule la responsabilité. Pour les femmes qui ne travaillent pas, les enfants augmentent les taux de dépression. Rosenfield (1989) a suggéré que l'accroissement excessif des responsabilités aggrave les symptômes pour les mêmes raisons que l'absence de pouvoir, c'est-à-dire en diminuant le sens de la maîtrise de soi chez l'individu. En d'autres termes, l'emploi aurait pour effet de substituer une source d'impuissance à une autre. Cette notion pourrait également expliquer les différences de symptomatologie selon la classe sociale.

Questions éthiques relatives à la santé mentale des femmes

Les questions éthiques concernant spécialement les femmes ont été passées en revue par Nadelson (1991). Certaines de ces questions se rapportent à l'évolution historique du système de soins de santé qui accordait une place dominante aux médecins en raison de ses bases paternalistes et hiérarchiques. Le médecin était généralement un homme, informé, autorisé et protecteur, en conformité avec les rôles sociaux traditionnels de l'homme et de la femme. Fréquemment, les politiques étaient conçues et les priorités déterminées conformément à cette vision de la société, liée en particulier à la procréation. Nadelson cite, comme exemple de paternalisme, la décision prise aux Etats-Unis d'interdire l'utilisation du RU 486, un abortif susceptible d'autres utilisations. Les personnes qui

étaient le plus touchées par cette décision n'ont pas été consultées. On observe qu'aux Etats-Unis et dans d'autres pays le paternalisme des systèmes de soins de santé s'est renforcé au moment même où il s'atténuait dans la relation individuelle entre le médecin et le patient, la décision passant dans ce cadre au patient et le médecin devenant un conseiller. Le paternalisme du médecin d'autrefois est maintenant passé dans les bureaucraties. La mise en évidence des préjugés sexuels à l'oeuvre dans la pratique médicale et dans la recherche a conduit à la création par le Gouvernement américain d'un Office de Recherche sur la Santé des Femmes et à des propositions de modification de la législation.

Le consentement informé, qui implique que l'individu comprenne et accepte ce dont il s'agit pose également des problèmes éthiques. Il se peut que les patientes ne comprennent pas ce qui leur est proposé à cause de l'insuffisance de leur éducation, de leur état mental ou d'autres facteurs.

Les caractéristiques particulières du rôle de la femme dans la procréation posent des interrogations éthiques spécifiques. Etant donné les conséquences sociales profondes des décisions relatives à la procréation, à la contraception, à l'avortement, à la stérilisation et à la chirurgie des organes génitaux, il est fréquent qu'il ne soit pas admis que ces questions puissent être tranchées par les femmes de manière autonome. Dans la plupart des cultures, les femmes ne sont pas arrivées à réaliser leurs objectifs propres si ceux-ci étaient différents de ceux de leur propre famille et de la société. Les décisions dans ce domaine peuvent exprimer les valeurs personnelles, culturelles ou religieuses de la patiente, du médecin, de la famille ou de la société. On peut se trouver en face de dilemmes éthiques notamment à propos des tests génétiques effectués pendant la grossesse et de l'utilisation de cette technique pour le choix du sexe de l'enfant, ou à propos du recours aux technologies de la procréation telles que la fertilisation in vitro, l'insémination artificielle et les mères porteuses. Ces techniques soulèvent la question des droits des parents biologiques et des parents sociaux, celle des droits des enfants auxquels ces techniques donnent naissance, et celle de la nature du consen-

tement informé que doivent donner toutes les parties. Elles peuvent également être réservées à certaines catégories d'individus ou à certaines situations (par exemple, les couples hétérosexuels). L'abus de substances au cours de la grossesse est également un sujet de controverse, l'autonomie de la mère étant opposée aux besoins du fœtus. Plusieurs études cliniques ont montré que les relations sexuelles entre les soignants et les patients sont nocives et peuvent avoir des effets aigus aussi bien que des conséquences à long terme. Sans compter la honte, le sentiment de culpabilité et la défiance que les patients peuvent éprouver de ce fait, il a été signalé également qu'ils sont exposés dans ces cas à des troubles dus à un stress post-traumatique, à de l'angoisse, à des troubles dépressifs, à des symptômes sexuels et à des troubles du sommeil; le risque d'abus de substances serait également accru. La plupart des incidents de ce genre rapportés aux Etats-Unis impliquent des médecins de sexe masculin et leurs patientes (88%). Pour la société, l'évolution des rôles de la femme et l'apparition de technologies nouvelles dans le domaine de la procréation et dans d'autres secteurs posent des questions dont les implications éthiques sont considérables. On peut assister à des heurts entre les valeurs déterminées par la culture et les valeurs éthiques (Nadelson, 1991).

Stress et santé de la procréation chez les femmes

Le stress est mentionné si fréquemment qu'il semble toucher de nombreux individus de manière régulière et pourtant c'est un terme mal compris, fréquemment détourné de son sens et dont les implications sont souvent tenues pour acquises. Le concept de stress a souffert de l'absence d'une définition claire, fruit d'une confusion persistante dans l'emploi du terme pour désigner à la fois le stimulus en cause et la réaction qu'il suscite. En outre, jusqu'à une date récente, on ne disposait guère d'instruments psychométriques bien validés pour mesurer les éléments subjectifs de cette expérience humaine universelle.

La réaction de stress résume les interactions entre l'esprit et le corps qui sousten-

dent la vigilance physiologique et émotionnelle. Cette vigilance, précieuse dans l'évolution pour la sauvegarde et la survie de l'individu, peut être d'activation ou d'inhibition des organes cibles; si elle se prolonge dans le temps sans se résoudre, elle peut se traduire par une maladie ou un dysfonctionnement. La personne joue un rôle important dans la modulation du stress par la manière dont elle interprète sélectivement les stimuli générateurs de stress et leurs effets; cette analyse subjective intervient aussi bien pour déclencher le stress que pour l'entretenir. Tout individu est capable de tolérer un certain niveau de stress; les seuils de tolérance, qui sont très individualisés, sont le produit des caractéristiques génétiques, du tempérament acquis, du style cognitif et des conduites apprises.

Deux grandes catégories de facteurs de stress ont été décrites à Everly (1989): 1) les facteurs biogéniques et 2) les facteurs psychosociaux. Les facteurs biogéniques déclenchent la réaction de stress grâce à des propriétés électriques ou biochimiques capables de court-circuiter les centres cérébraux supérieurs où se situe normalement l'interprétation des événements. Certains facteurs biogéniques, appelés sympathomimétiques (par exemple les stimulants), activent la réaction de stress par des mécanismes physiologiques directs capables de déborder l'interprétation qu'en donne l'individu. Les facteurs psychosociaux, de leur côté, sont générateurs de stress principalement à cause de l'interprétation cognitive ou de la signification données par l'individu à l'événement, à l'état de vigilance physiologique, ou aux deux. Ces facteurs peuvent donc être des événements réels ou des perceptions d'événements qui se produisent dans l'environnement social externe, dans l'expérience physique interne, ou les deux. S'ils ne peuvent susciter la réaction de manière directe, les facteurs psychosociaux agissent par l'intermédiaire des propres mécanismes d'appréciation cognitive de l'individu. Il est clair que la plus grande partie du stress répétitif subi par une personne au cours de son existence résulte de facteurs psychosociaux ayant acquis la capacité de susciter le stress par le relais d'interprétations individuelles de stimuli qui sont, par ailleurs, parfaitement neutres (Everly, 1987, page 7).

La séquence temporelle du stress humain implique les axes neurologique, neuro-endocrinien et endocrinien.

- a) L'axe neurologique fournit la réaction la plus immédiate au stimuli grâce à l'innervation directe des organes internes par le système neurovégétatif, via le système limbique et l'hypothalamus, qui enregistre la vigilance émotionnelle et les interprétations cognitives de la vigilance. Les troncs parasympathique et sympathique inhibent ou activent les organes internes et, bien que les effets puissent être simultanés et immédiats, ces réactions ne peuvent être maintenues au-delà d'un certain temps sans une impulsion additionnelle.
- b) L'axe neuro-endocrinien est responsable du système de réaction d'adaptation («coping») active décrit par Cannon (1929), qui détermine la lutte ou la fuite. L'activation de cette voie qui part du complexe amygdalien pour atteindre la médullosurrénale via l'hypothalamus, déclenche la production des catécholamines, la norépinéphrine et l'épinéphrine, sécrétions qui activent le système nerveux sympathique. Trois modes différents de production des catécholamines ont été identifiés en relation avec des états d'attention qualitativement différents: 1) le mode défensif déclenchant la réaction de fuite, caractérisée par des niveaux élevés d'épinéphrine; 2) le mode d'immobilisation, accompagné de niveaux élevés de norépinéphrine; 3) le mode de vigilance ou de lutte, qui se caractérise par des niveaux élevés de testostérone. L'activation du système sympathique médullosurrénalien semble se produire après un délai d'attente de 20 à 30 secondes, mais elle produit un décuplement de la durée des effets.
- c) L'axe endocrinien est responsable des réactions chroniques prolongées, de caractère somatique, à des stimuli psychologiques et psychosociaux. Cette dernière voie, le système hypothalamo-hypophyso-corticosurrénalien, qui nécessite une stimulation maximale, fonctionne par activation de quatre axes hormonaux:
 - i) la corticosurrénale libère des glucocorticoïdes et des minéralocorticoïdes, avec de la norépinéphrine et de l'épinéphrine en quantités mineures. Ce profil caractérise le

système d'adaptation («coping») passive, lié à des sentiments subjectifs d'impuissance, au désespoir, à la perte de la maîtrise de soi et à une réaction immunitaire déprimée;

- ii) l'axe somatotrophique, qui mobilise la production des minéralocorticoïdes (aldostérone, désoxycorticostéroïdes);
- iii) l'axe thyroïdien, qui module le niveau et la qualité du métabolisme général;
- iv) l'axe posthypophysaire, qui est responsable de la libération de l'hormone lutéinisante, de la vasopressine, de la prolactine, de la testostérone et de l'oxytocine.

Le rôle des processus cognitifs individuels dans le stress a fait l'objet de débats considérables sur le point de savoir si la cognition intervient de manière primaire ou secondaire dans les transactions entre l'individu et le milieu (Lazarus, 1984; Zajonc, 1984). Plusieurs chercheurs de premier plan (Ellis, 1962; Lacey, 1967; Lazarus, 1974; Schwartz, 1979) font du système cognitif l'un des facteurs clés des transactions intervenant dans le stress et en font une condition préalable indispensable de l'expérience émotionnelle (Arnold, 1970; Beck, 1976; Ellis, 1962; Lazarus, 1980). Les différences individuelles déterminent également la qualité des interprétations et des inférences cognitives dont font l'objet les demandes perçues et réelles. Certains individus voient dans nombreux événements des sources de menace, d'alarme et de défaite. D'autres verront les mêmes événements comme des défis à relever. Il apparaît que les différences qualitatives dans les déterminations cognitives individuelles sont des médiateurs du mode de réaction hormonale. Frankenhauser (1980) a identifié trois modes de réaction hormonale liés à des états cognitifs:

- i) activation de l'axe sympathique médullosurrénalien, lorsque les demandes sont interprétées comme des défis («effort sans souffrance»);
- ii) activation de l'axe hypothalamo-hypophysaire-corticosurrénalien, lorsque les demandes sont interprétées comme dépassant les capacités de l'individu et significatives de défaite («souffrance sans effort»);
- iii) activation à la fois des systèmes sympathiques médullosurrénalien et hypothalamo-hypophysaire-cortico-

surrénalien, lorsque les demandes sont interprétées comme menaçantes («effort avec souffrance»).

Stress et sexe

La réaction de stress est un processus complexe aussi bien pour les hommes que pour les femmes, mais elle comporte quelques différences entre les sexes. On a constaté en particulier que la réaction physiologique au stress des femmes est qualitativement différente suivant la voie médullosurrénaliennne. Collins (1985) signale que les femmes ayant à accomplir des tâches mentales génératrices de stress répondent par des taux d'épinéphrine moins élevés que les hommes. Toutefois, les femmes ont tendance à faire état de perceptions subjectives de la vigilance liée au stress qui dénotent un malaise émotionnel et un manque de confiance plus marqués qu'on ne l'attendrait d'après les taux effectifs d'épinéphrine libérés. Cette observation pourrait signifier que les femmes réagissent par une vigilance émotionnelle plus forte que les hommes à des niveaux d'activation hormonale moins élevés, ou que leur seuil de tolérance à la vigilance physique est moins élevé.

L'orientation sexuelle des rôles de la femme a été reliée à des états psychophysiques différentiels dans les dosages d'hormones médullosurréaliennes sympathiques (Collins, 1985). Il a été constaté (Collins, 1985) que les étudiantes des écoles de mécanique dont les intérêts et les capacités présentaient un caractère masculin sécrétaient des quantités plus élevées d'épinéphrine lors de travaux stressants que les femmes présentant plutôt des caractéristiques féminines plus traditionnelles. De même, d'après plusieurs études antérieures sur les dysfonctionnements du cycle menstruel, l'acceptation par les femmes des rôles propres à leur sexe était négativement corrélée au degré d'acceptation et de satisfaction à l'égard des règles (par exemple, Berry et McGuire, 1972; May, 1976; Schneider et Schneider-Duker, 1974; Gough, 1975). Pour d'autres chercheurs (Spencer-Garner et al., 1983), il n'y avait pas de différence dans l'identité du point de vue des rôles assignés à leur sexe entre les femmes ayant ou non des problèmes menstruels. Examinant la relation entre

l'identité au regard des rôles de leur sexe et l'adaptation chez les femmes, Thomas et Resnikoff (1984) ont montré qu'une identification par rapport aux rôles féminins n'était pas spécialement liée à la souffrance psychologique. Le facteur le plus important était l'instrumentalité, c'est-à-dire la liberté perçue d'être activement et efficacement responsable de sa propre vie. Les personnes jouissant d'un état de santé émotionnelle optimal étaient celles qui réunissaient une combinaison de traits androgynes et de caractéristiques soit masculines soit féminines. La femme androgyne féminine apparaissait comme la plus stable émotionnellement, plus stable même que les femmes présentant des caractéristiques masculines ou féminines marquées.

Bien que l'on ait des raisons de penser que les niveaux de libération de catécholamines en réaction aux facteurs de stress varient d'un individu à l'autre, il apparaît également que chez un même individu, le niveau de la sécrétion et le délai de retour à des niveaux de repos après une phase de stress sont constants. Frankenhauser (1975) a défini une opposition «économie-inefficacité» à propos des indicateurs du caractère adéquat ou non de la réponse hormonale au stress. Les individus qui s'adaptent de manière «économique» réagissent au stress par une production rapide d'épinéphrine; leurs scores sont faibles sur l'échelle d'évaluation du névrotisme et élevés dans les tests de performance. Après la phase de stress, leur profil hormonal revient rapidement aux niveaux antérieurs au stress. Inversement, les individus qui s'adaptent de manière «inefficace» ont une production de catécholamines qui augmente lentement dans les phases de stress et les taux de catécholamines demeurent élevés plus longtemps, ce qui se traduit par une consommation excessive de ressources physiologiques, révélatrice d'une médiocre capacité d'adaptation psychophysique. Ainsi, tandis qu'il semblerait que les réactions sympathiques médullosurréaliennes au stress aigu sont spécifiques à chaque sexe, comme en témoignerait le caractère plus «économique» de la réaction physiologique des femmes (Frankenhauser, 1978; Collins, 1985) par contre les femmes, plus que les hommes, accusent une dépense psychologique élevée, sous forme d'émotions négatives

profondes et de sentiments de succès et d'auto-satisfaction moins forts. Si l'on considère de manière générale les conduites liées à la santé, on observe que les femmes sont plus enclines que les hommes à demander l'aide du médecin et à faire état de leurs préoccupations (Everly, 1989). Ceci est fréquemment considéré comme un signe que les femmes, malgré des taux de mortalité inférieur à ceux des hommes à tous les âges, ont des taux de morbidité supérieurs en ce qui concerne les pathologies aiguës et les pathologies chroniques non fatales (Verbrugge, 1985). Selon une autre hypothèse, les femmes ayant des rôles plus divers que les hommes et devant assumer plus de responsabilités qu'eux à l'égard des autres personnes, le risque qu'elles courent d'incidents et d'épuisement liés au stress est plus élevé (Newman, 1989). Selon une troisième opinion, les femmes sont protégées des pathologies graves engageant le pronostic vital pendant les années où elles sont aptes à la procréation, grâce à un facteur biologique protecteur assuré par des niveaux élevés de stéroïdes ovariens et, en particulier, d'oestrogènes. L'incidence moindre des maladies vasculaires et de l'hypertension chez les femmes est reliée à l'action favorable des oestrogènes sur le contrôle des lipides. Pendant les années où elles sont aptes à la procréation, les femmes ont également des taux plus élevés de lipoprotéines de haute densité qui facilitent l'élimination du cholestérol dans la circulation sanguine et limitent les dégâts dus à l'artériosclérose. Toutefois, les femmes étant de plus en plus nombreuses à concurrencer les hommes sur le terrain professionnel et à rivaliser d'indépendance avec eux, il est possible que ce tableau se modifie dans les années à venir. On ne peut donc répondre à l'heure actuelle à la question de savoir si les différences observées entre les sexes dans le domaine de la santé sont d'origine biologique, psychologique ou environnementale, ou si elles sont le résultat de combinaisons multiples de ces trois types de facteurs.

Le stress et la santé des femmes

La pensée et les écrits classiques maintiennent la séparation entre l'esprit et le corps dans des théories soit biologiques soit psychosociales de l'étiologie des mala-

dies. Cette vision des choses est périmée et Weiner (1977) suggère qu'il conviendrait que chercheurs et cliniciens s'efforcent sérieusement d'avoir une vue intégrée des facteurs qui contribuent à l'apparition et à la persistance des problèmes de santé ou de bien-être. En ce qui concerne les facteurs psychobiologiques des troubles somatiques, on retiendra volontiers l'opinion de Weiner (1977) selon laquelle il existe des malades plutôt que des maladies considérées comme des entités distinctes. Il faut admettre que les facteurs préexistants d'origine biologique, psychologique et sociale qui agissent au sein de l'individu et autour de lui ne manquent pas d'influer sur tous les états touchant la santé.

Un modèle de la santé des femmes fondé sur le stress tient compte des différences individuelles dans la manière dont les symptômes se manifestent, sont tolérés et sont décrits, ces différences reflétant des caractéristiques stables des personnes. Ces antécédents psychologiques interagissent avec les facteurs sociaux, avec les prédispositions physiologiques coexistantes et avec les styles de réaction. Ce cadre multifactoriel peut s'interpréter à la lumière du système de réciprocité triadique de Bandura (1977).

Un modèle de réciprocité triadique modifié peut être envisagé, selon lequel les forces circulent en flux interrelationnels et multidirectionnels entre les caractéristiques psychologiques de la femme, sa constitution physiologique interne et les conditions de son environnement social. Ce modèle est centré sur les relations dynamiques et fluctuantes avec les événements pouvant être générateurs de stress.

Fonctions liées à la procréation

Il y a longtemps qu'il a été montré que le cycle menstruel humain est sensible au stress (Dalton, 1960; Reichlin et al., 1979; Awaritefe et al., 1980; Woods, 1985) résultant de demandes excessives que s'impose le sujet ou que lui impose le monde extérieur, de conflits de rôles, d'échec dans les aspirations, d'exigences sociales menaçantes, d'une image de soi peu efficace et de facteurs de stress expérimentaux utilisés en laboratoire. Le rôle supposé du stress serait d'altérer les caractéristiques physiologiques normales du cycle menstruel, ce

qui conduirait à l'apparition de symptômes subjectifs.

Les systèmes sympathiques médullaires et hypothalamo-hypophysocorticosurrénalien sont d'une sensibilité extrême et répondent à une gamme étendue de stimuli psychosociaux comportant nouveautés, changements, menaces, défis ou conflits (Mason, 1975; Lazarus, 1966). Tout état subjectif de sous-vigilance, de vigilance ou de sur-vigilance est caractérisé par des profils particuliers de production hormonale et neuroendocrinienne correspondant directement aux notations subjectives d'intensité de la vigilance, de l'inconfort ou du désagrément (Mason, 1975; Frankenhaeuser, 1975 et 1980).

Chez les femmes normales, il est établi que la production de catécholamines sous l'effet de facteurs de stress expérimentaux peut être influencée par les phases du cycle menstruel; les valeurs les plus élevées sont enregistrées pendant la phase lutéale et s'accompagnent des niveaux élevés habituels d'oestrogène et de progestérone (Collins et al., 1985). Comme il a été signalé plus haut, les niveaux moins élevés de catécholamines produites par les femmes en réponse à divers facteurs naturels de stress, ainsi que l'intensité plus forte des sentiments négatifs que suscite une expérience stressante (Frankenhaeuser et al., 1978) indiquent que la réponse psycho-endocrinienne au stress chez les femmes est non seulement différente de ce qu'elle est chez les hommes mais est également influencée par les effets de synergie des hormones ovariennes pendant les différentes phases du cycle menstruel. De plus, les différences qualitatives, d'un sexe à l'autre, dans le profil hormonal de la réponse au stress illustrent la spécificité de la réponse individuelle, qui dépend à la fois des facteurs personnels de la maîtrise de soi et de l'orientation vers les rôles propres à chaque sexe (Collins et Frankenhaeuser, 1978; Collins, 1985).

Ces dernières années, l'étude des facteurs sociaux du stress a considéré, avec une attention particulières les effets des grands événements de l'existence sur la santé physique et émotionnelle (par exemple, Dohrenwend et Dohrenwend, 1974). Des auteurs ultérieurs ont estimé que la direction causale de cette

relation était incertaine. Récemment, des chercheurs ont reconnu que les rôles quotidiens, étant donné leur durée d'action, étaient davantage susceptibles d'avoir des effets néfastes sur la santé et le bien-être. Ce changement d'opinion s'explique par le fait que les événements stressants de l'existence (par exemple le chômage, un divorce, des difficultés financières et un deuil), malgré leur impact, sont peu fréquents et laissent largement à l'individu le temps et la possibilité de se rétablir dès que le stress causé par l'événement diminue et que le problème se résout. Par contre, le stress occasionné par les rôles quotidiens de l'existence, autrement dit les «tracas quotidiens» (Lazarus et Cohen, 1977) est omniprésent, car il résulte des exigences et des défis minuscules mais multiples qui s'imposent très fréquemment aux individus et exercent sur eux une action de frustration. De ce fait, des réactions psychologiques et somatiques sont constamment déclenchées et, avec le temps, si elles ne sont pas bien gérées, peuvent causer une diminution du bien-être et des troubles de la santé. Ainsi, Pearlin (1983) souligne l'importance des tensions liées aux rôles, qui peuvent être les prodromes très actifs de l'expérience du stress. Ces tensions naissent des difficultés, des conflits, des menaces et des défis rencontrés par les individus à l'occasion des rôles sociaux qu'ils jouent dans quatre principaux domaines: les rapports avec les parents et en tant que parents, le mariage, l'économie et l'activité professionnelle. Six types de tensions de ce genre ont été identifiés (Pearlin, 1983, page 8): a) problèmes relatifs à la nature des tâches qui doivent être accomplies; b) problèmes résultant de l'insuffisance ou de l'excès des tâches à entreprendre; c) tâches simultanées trop nombreuses (surcharge); d) sentiments d'être prisonnier d'un rôle indésirable ou peu satisfaisant; e) acquisition de rôles nouveaux (par exemple du fait du mariage ou de naissances) ou pertes de rôles (par exemple du fait du mariage ou de naissances) ou pertes de rôles (par exemple du fait du divorce ou du chômage); f) restructuration des rôles (par exemple, un enfant adulte qui devient indépendant). Sur la durée d'une vie, l'élément capital qui fait que l'individu réussit à gérer les acquisitions, les pertes ou les restructurations nécessaires de ces différents rôles, est la quantité de réadaptation personnelle qui est exigée de lui au plan psychologique

lors de chaque changement de situation. Lorsque les demandes dépassent les capacités psychologiques d'adaptation de la femme, la tension apparaît. Les facteurs psychologiques défavorables à l'adaptation sont la propension à l'anxiété, les attitudes perfectionnistes, l'inflexibilité ou le dogmatisme, une image négative de soi, l'autodépréciation et un manque de confiance en soi. Chacun de ces facteurs peut gêner gravement le processus d'adaptation aux tensions sociales (Bandura et Adams, 1977; Petrie et Rotherham, 1982; Hewitt et Eyck, 1986). Par adaptation, on entend les stratégies mises en oeuvre pour faire face («coping»), qui facilitent la gestion de la vigilance émotionnelle, des sensations physiologiques d'activation, et des comportements. Il est possible ainsi d'intégrer facilement l'idée de Lazarus et de ses collègues (1980) selon laquelle la maladie se développe à la suite d'échecs dans la prise en compte efficace de demandes changeantes. Il ressort clairement de la section précédente que les effets de transaction entre les capacités personnelles de l'individu et les conditions sociales influent fortement sur l'état de santé émotionnel et physique. Cette idée d'une continuité des transactions entre l'individu, son rôle social et ses systèmes physiques internes sera reprise plus loin à l'occasion de l'examen d'un problème de santé concernant les femmes, à savoir le syndrome prémenstruel.

Modèle psychobiosocial du stress et syndrome prémenstruel (SPM)

On a généralement considéré que le syndrome prémenstruel était dû à de subtiles déficiences hormonales dans la phase lutéale sous la forme d'un déséquilibre entre les oestrogènes et la progestérone (Backstrom et al., 1983; Dennerstein et al., 1984). Il est supposé que ces déficiences hormonales de la phase lutéale produisent des enchaînements de symptômes identifiables comprenant des humeurs négatives, des déficits dans le traitement de l'information, des comportements incontrôlés, des malaises physiques et une image négative de soi, qui apparaissent au cours des 10 jours précédant les règles et disparaissent à la fin de celles-ci (Dalton, 1977). Les études récentes (Backstrom et al., 1985; Rubinow et al., 1988) n'ont

cependant pas permis de mettre en évidence la déficience hormonale spécifique qui expliquerait ce syndrome courant mais surprenant.

Il a paru conforme au bon sens de considérer que le stress jouait un rôle dans le syndrome prémenstruel. Toutefois, il est rare que ce rôle ait été sérieusement étudié. Une étude de l'Université de Melbourne (Morse et al., 1988) a permis de constater que les deux principaux traits qui distinguaient un groupe de patientes et des volontaires concernaient le stress et la dépression de caractère subjectif dont il était fait état au cours de la phase folliculaire (du 6^e au 8^e jour) et pendant la phase prémenstruelle (du 25^e au 27^e jour d'un cycle ajusté). Cette constatation donnerait à penser que les femmes souffrant du syndrome prémenstruel sont des femmes stressées et déprimées pendant tout le cycle. En d'autres termes, il est difficile d'admettre que la cause de ces états soit purement hormonale; on ne saurait donc écarter les sources psychosociales de tension comme facteurs étiologiques de syndrome prémenstruel. Récemment, Rabin et ses collègues (1990) ont signalé des différences significatives entre les patientes et le groupe témoin, uniquement en ce qui concerne les niveaux nocturnes passagers de l'hormone adrénocorticotrope. Les auteurs suggèrent que le caractère passager de la réaction hormonale au stress pourrait expliquer pourquoi 1) les principaux traits du cycle menstruel semblent se poursuivre sans perturbation chez les patientes souffrant du syndrome prémenstruel (par exemple, les cycles ovulatoires, la régularité des règles) et 2) que les servo-mécanismes de la voie neuro-endocrinienne réagissent efficacement pour empêcher l'apparition d'aberrations telles que des cycles menstruels profondément déréglés.

De nombreuses études ont permis de bien définir les profils psychologiques des femmes souffrant du syndrome prémenstruel. Leurs traits typiques sont un névrotisme marqué, l'introversion, une forte anxiété constitutionnelle, la colère, des déficiences cognitives accusées, une image de soi peu favorable et des capacités d'adaptation («coping») insuffisantes (Rees, 1952; Coppen et Kessel, 1963; May, 1976; Spencer-Gardner et al., 1983; Morse et al., 1988).

Comme on l'a vu, selon Frankenhaeuser et ses collègues (1975; 1978; 1980), les femmes réagissent généralement aux facteurs de stress expérimentaux et naturels par une activation modérée de la production de catécholamines, mais éprouvent subjectivement de manière prononcée d'intenses sentiments négatifs dont on peut penser qu'ils sont hors de proportion avec le niveau de l'activation hormonale. Chez les femmes souffrant du syndrome prémenstruel, qui sont intrinsèquement des femmes très anxieuses, il faut donc s'attendre à ce qu'elles fassent subjectivement état d'une souffrance beaucoup plus intense que ne l'indiqueraient les niveaux réels observés dans les profils hormonaux. Tel semble bien être le cas d'après Rabin et ses collègues (1990).

Il faut se souvenir que la plupart des chaînes de symptômes dont il est fait état en cas de syndrome prémenstruel peuvent être identifiés comme étant de nature psychologique et, de plus, que les femmes qui recherchent le secours du médecin invoquent fréquemment une incapacité à s'adapter au cours de la phase prémenstruelle. Cette évaluation auto-déterminée traduit manifestement les perceptions propres des femmes quant à l'insuffisance de la maîtrise qu'elles peuvent exercer sur les conditions que leur impose l'environnement. Dans plusieurs états psychopathologiques, l'excrétion d'hydrocortisone est caractéristique et peut être principalement considérée comme un indicateur d'anxiété et de souffrance subjective (Fredrikson, 1989). Les niveaux d'excrétion de l'hydrocortisone fluctuent suivant le sentiment subjectif que l'individu peut avoir de la compétence avec laquelle il se contrôle ou de son efficacité (Bandura et al., 1985). Certaines études ont fait état d'une augmentation de l'hydrocortisone dans des situations de maîtrise de soi insuffisante; d'autres études, cependant ont signalé une altération de la production d'hydrocortisone pendant l'exécution de tâches impliquant une réaction de rythme non imposé. L'interaction entre l'anxiété, le sentiment subjectif de maîtrise de soi et l'excrétion d'hydrocortisone pourrait donc être un facteur de très grande importance pour comprendre les voies psychophysiologiques qui expliquent le syndrome prémenstruel.

Extraits du doc.:
WHO/FHE/MNH/93.1

Die In-vitro-Fertilisation

Von Dr. med. AW. Brandenberger, Dr. med. H. R. Linder, Prof. Dr. med. M. Birkhäuser, Universitäts-Frauenklinik Bern, Abteilung für gynäkologische Endokrinologie

1. Einleitung

Dies ist die Zusammenfassung des Vortrages über die spezielle Sterilitätstherapie, welcher im Rahmen der Hebammenfortbildung 1994 gehalten wurde.

Aus Platzgründen beschränken wir uns hier auf das wichtigste Beispiel der sogenannten assistierten Reproduktionsmedizin, die In-vitro-Fertilisation (IVF).

Bei der IVF werden im Prinzip eine oder mehrere Eizellen aus den Ovarien entfernt, mit den Spermien des Ehemannes ausserhalb des Körpers befruchtet und die daraus entstehenden Präembryonen in den Uterus zurückgebracht.

Abbildung 1 zeigt die wichtigsten Phasen einer normalen IVF schematisch.

1978 wurde Louise Brown nach einer IVF in England geboren. Die Pioniere waren Streptoe und Edwards, welche bei einer Patientin mit fehlenden Eileitern eine Eizelle im Spontanzyklus punktiert und im Reagenzglas befruchtet hatten. Die wichtigsten Daten der IVF-Entwicklung finden sich in Abbildung 2.

2. Indikationen und Voraussetzungen für die In-vitro-Fertilisation:

Die klassische Indikation ist der sogenannte Tubenfaktor, das heisst, fehlende oder geschädigte Eileiter z.B. nach einer Adnexitis (Eileiterentzündung), nach Eileiterschwangerschaften, Abszess im kleinen Becken (perforierter Blinddarm), vorausgegangenen Operationen und bei schwerer Endometriose.

Eine unerklärte Sterilität (sogenannte idiopathische Sterilität) kann nach

Versagen der üblichen Therapien im Sinne einer Fertilisationskontrolle mit IVF behandelt werden.

Bei schweren männlichen Faktoren mit stark verminderten und qualitativ schlechten Spermien wird zum Teil die konventionelle IVF, zum Teil auch die Mikromanipulation (siehe unten) angewendet.

Gelegentlich wird IVF bei verschiedenen Ovulationsstörungen, vor allem wenn jeweils mehrere Follikel (Eibläschen) bei der Stimulation gleichzeitig entstehen, angewendet.

Schwere Endometriose, vor allem bei Mitbeteiligung der Eileiter, ist eine weitere Indikation.

Als minimale Voraussetzung muss die Patientin einen Uterus und ein nicht postmenopausales Ovar besitzen.

3. Diagnostische Phase (Vorabklärungen)

In einem ausführlichen Gespräch werden mit dem Paar die Gründe für die bisherige Kinderlosigkeit, die durchgeführten Sterilitätsbehandlungen, die IVF selber, die Erfolgsaussichten, mögliche Nebenwirkungen und Kosten besprochen. Als wichtige Untersuchungen werden beim Mann ein Spermogramm, HIV-Test, Hepatitisserologie und Blutgruppe vorausgesetzt, bei der Frau eine gynäkologische Untersuchung, Ultraschall, hormonelle Abklärungen (LH, FSH, E2, Prolaktin, evtl. Androgene), eine Zykluskontrolle, bakteriologische Abstriche und andere Blutuntersuchungen (HIV, Röteln, Toxoplasmose, Lues, Blutgruppen und -antikörper).

4. Behandlungsphase

Der prinzipielle Ablauf ist in Abbildung 1 dargestellt.