

**MEDECINE
ET SOCIETE**

La psychiatrie
de la femme

Ivan O. Godfroid

puf

MÉDECINE ET SOCIÉTÉ

*La psychiatrie
de la femme*

IVAN O. GODFROID

Psychiagenia & Psychiatry Research Group



MÉDECINE ET SOCIÉTÉ

Collection dirigée par
Gérard Lopez

INTRO

La femme
l'homme ? Au
mental et ses a
sens populaire,
de psychologies
est de constater
cessé de mêler
qu'elle étudie.
bles ; il y avait
une variable co
rement dans l
genre (le *gen*
saxonne). La p
médecine. Quo
s'intéresse à l
volume propos
de nos connais
pathologie fér
neuf sur les p
chologique che
certaines étape
grossesse ou e

Un mot su
La nomenclat
nombreuses n
plus spectacul
chaque « éco
langue et l'hér
res de diagnos

ISBN 2 13 049814 0

Dépôt légal — 1^{re} édition : 1999, février
© Presses Universitaires de France, 1999
108, boulevard Saint-Germain, 75006 Paris

INTRODUCTION

La femme est-elle à ce point différente de l'homme ? Au point d'en étudier le fonctionnement mental et ses anomalies de manière distincte ? Le bon sens populaire, qui prône depuis toujours l'existence de psychologies *décalées*, aurait-il donc raison ? Force est de constater que oui. La recherche psychiatrique a cessé de mêler les sexes dans les groupes de patients qu'elle étudie. Les résultats n'étaient pas reproductibles ; il y avait un « facteur X » qui faussait l'analyse, une variable confondante qui n'apparaissait pas clairement dans l'esprit des chercheurs : *l'effet lié au genre* (le *gender effect* de la littérature anglo-saxonne). La psychiatrie rejoint en cela le reste de la médecine. Quoi de plus normal pour la discipline qui s'intéresse à l'essence même de l'être humain ? Ce volume propose une vue d'ensemble sur l'état actuel de nos connaissances dans le domaine de la psychopathologie féminine. Il offre également un regard neuf sur les particularités propres à la détresse psychologique chez la femme, durant la vie adulte et à certaines étapes clefs de la vie, comme la puberté, la grossesse ou encore la ménopause.

Un mot sur le vocabulaire utilisé en psychiatrie. La nomenclature des affections mentales a subi de nombreuses modifications au cours des âges ; les plus spectaculaires ont rythmé le xx^e siècle. En effet, chaque « école » psychiatrique utilisait, selon sa langue et l'héritage de ses pères fondateurs, des critères de diagnostic et des dénominations qui lui étaient

propres. Cela posait un problème dès que des échanges internationaux entre chercheurs étaient tentés : on ne parlait pas de la même chose. Le terme « psychose » n'avait par exemple pas la même signification dans l'esprit d'un chercheur francophone, germanique ou anglo-saxon. Dans les années 1950, des auteurs américains ont proposé de rationaliser le diagnostic psychiatrique en introduisant des critères basés sur la présence ou l'absence de symptômes bien définis. Cette technique présente des avantages et des inconvénients – il ne serait pas pertinent de les développer ici. La classification de l'Association Psychiatrique Américaine (APA), actuellement dans sa quatrième version (1994), est toutefois l'outil le plus diffusé et le plus usité à l'heure actuelle. Par conséquent, et sauf cas d'espèce, nous utiliserons dans cet ouvrage la terminologie du DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4^e éd.).

La généralisation de l'application du DSM fut un tournant majeur pour la psychiatrie moderne ; nous trouvons-nous à présent face à un autre bouleversement important : la distinction entre une « psychiatrie de l'homme » et une « psychiatrie de la femme » ? C'est une possibilité tout à fait sérieuse, même si les variations intersexuelles que nous découvrons chaque jour ne creuseront jamais un fossé pareil à celui qui sépare la gynécologie de l'urologie... Ces deux psychiatries sont bien sûr intimement liées. On pourrait cependant imaginer une évolution semblable à celle qui nous amena à isoler la pédopsychiatrie, psychiatrie de l'enfant, de la psychiatrie adulte. Nous verrons que les différences d'un sexe à l'autre sont de comparable importance. La psychiatrie de la femme comporte deux grands axes, qui feront chacun l'objet d'un chapitre : d'une part les affections mentales qui sont spécifiques au sexe féminin, et d'autre part les

affections qui
dont la prése
l'homme et l
consacré aux
modalités thé
la femme a en
venir, dépister
dies mentales,
sexe féminin.

les échan-
tentés :
me « psy-
significa-
none, ger-
1950, des
naliser le
es critères
ymptômes
avantages
ent de les
association
nt dans sa
til le plus
elle. Par
utiliserons
M-IV (*Dia-*
Disorders,
SM fut un
rne ; nous
ouleverse-
psychiatrie
femme » ?
ême si les
ns chaque
celui qui
deux psy-
n pourrait
ble à celle
atrie, psy-
alte. Nous
re sont de
la femme
cun l'objet
mentales qui
re part les

affections qui surviennent dans les deux sexes, mais dont la présentation peut être très différente entre l'homme et la femme. Un troisième chapitre sera consacré aux variations intersexuelles touchant les modalités thérapeutiques. L'étude de la psychiatrie de la femme a en effet un objectif très pragmatique : prévenir, dépister et traiter de manière optimale les maladies mentales, en tenant compte de l'appartenance au sexe féminin.

Chap

LES
AU S

Les affecti
que chez la f
à celles qui
Elles ont tou
sexualité ou a
classer en for
montre le t
adulte ou à l
semble jouer
toutes ces aff
quemment lon
niens de la v
ménopause. T
nale est sou
charge, il ser
pathologies u
nombreux fac
leur importan
symptomatolo
l'étiologie de
féminin est c
rielle »... C'es
compte de m
tableau.

Chapitre I

LES AFFECTIONS SPÉCIFIQUES AU SEXE FÉMININ

Les affections psychiatriques qui ne surviennent que chez la femme sont nombreuses (contrairement à celles qui sont spécifiques au sexe masculin). Elles ont toutes, de près ou de loin, trait à la sexualité ou au cycle reproducteur. On pourrait les classer en fonction de leur âge de début, comme le montre le tableau I : à l'adolescence, à l'âge adulte ou à la péri-ménopause. Le climat hormonal semble jouer un rôle central dans la genèse de toutes ces affections. Elles surviennent en effet fréquemment lors des grands bouleversements endocriniens de la vie féminine : menstruations, grossesse, ménopause. Toutefois, même si la thérapie hormonale est souvent employée dans leur prise en charge, il serait bien réducteur de conférer à ces pathologies une origine purement biologique. De nombreux facteurs psychosociaux ont ainsi prouvé leur importance dans l'apparition ou la sévérité de la symptomatologie. Nous verrons, précisément, que l'étiologie de ces affections spécifiques au sexe féminin est en général qualifiée de « multifactorielle »... C'est un euphémisme qui rend assez bien compte de nos lacunes devant la complexité du tableau.

Tableau I. — Les affections psychiatriques
spécifiques au sexe féminin

A. Début à l'adolescence

- Syndrome prémenstruel
 - forme modérée (SPM)
 - forme sévère (TDP)
- Autres désordres prémenstruels

B. Début à l'âge adulte

- Psychopathologie de la maternité
 - Dépression gravidique
 - État de stress post-traumatique suivant l'accouchement
 - Baby-Blues
 - Psychose puerpérale
 - Dépression du post-partum
 - Autres désordres postnataux
- Pseudocyesis
- Syndrome de Ferjol

C. Début à la péri-ménopause

- Dépression péri-ménopausique [?]
- Troubles du sommeil post-ménopausiques
- Troubles sexuels post-ménopausiques

I. — Le syndrome prémenstruel

La ménarche, apparition des premières règles, marque dans de nombreuses cultures le passage de l'enfance à la maturité, au statut de femme susceptible de procréer. C'est en soi un événement qui porte une forte valeur symbolique, et qui rythmera la vie de la femme adulte jusqu'au début de la cinquième décennie, âge de la ménopause dans les pays industrialisés. C'est également pour beaucoup de femmes les premiers symptômes d'une affection récurrente et encore mal cernée : le syndrome prémenstruel (SPM).

Mais qu'est-ce en réalité que le SPM ? L'absence durant des générations d'un consensus sur les critères de diagnostic a brouillé les pistes. En effet, selon la définition utilisée, la prévalence retrouvée varie de 5

à 95 %... Ces
150 symptômes
ses étiologiqu
monal. On d
de SPM, sur ba
La première f
mais leur vie
pas affectée ;
« trouble dys
retrouve chez
s'agit donc d
quent, puisqu
manière plus
qui précèdent

Des questio
le diagnostic d
« Moos Menst
menstrual Ass
tic repose sur

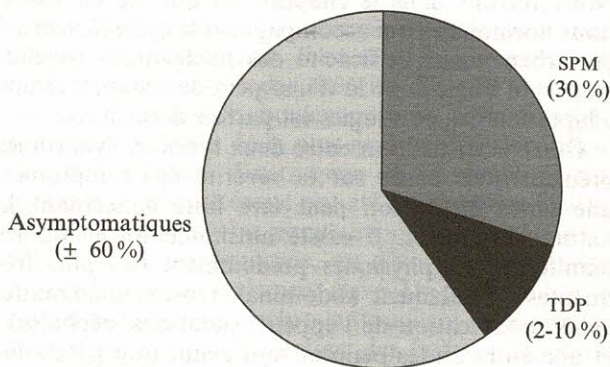
Asymptomatiq
(± 60%)

SPM = Syndrom
TDP = Trouble
Asymptomatiq

Fig. 1. —
da

à 95 %... Certains auteurs ont ainsi relevé plus de 150 symptômes possibles et pas moins de 16 hypothèses étiologiques, la plupart impliquant le climat hormonal. On distingue à l'heure actuelle deux formes de SPM, sur base de l'intensité de la symptomatologie. La première forme touche environ 30 % des femmes, mais leur vie privée ou professionnelle ne s'en trouve pas affectée ; lorsque c'est le cas, on parle de « trouble dysphorique prémenstruel » (TDP) – il se retrouve chez 2 à 10 % de la population féminine. Il s'agit donc dans l'ensemble d'un désordre très fréquent, puisque quatre femmes sur dix souffrent, de manière plus ou moins marquée, de ces symptômes qui précèdent l'apparition des règles (fig. 1).

Des questionnaires ont été largement utilisés pour le diagnostic du SPM, les deux les plus connus sont le « *Moos Menstrual Distress Questionnaire* » et le « *Pre-menstrual Assessment Form* ». En résumé, le diagnostic repose sur la mise en évidence de la nature



SPM = Syndrome prémenstruel (forme modérée).
TDP = Trouble dysphorique prémenstruel (forme sévère).
Asymptomatiques = femmes épargnées par la maladie.

Fig. 1. — Prévalence des syndromes prémenstruels dans la population féminine générale.

cyclique des manifestations (la patiente est invitée à remplir un journalier), et sur l'exclusion de toute autre pathologie psychiatrique. Une rémission de la symptomatologie survient entre les jours 4 et 12 du cycle menstruel chez 75 % des femmes. Aucun test de laboratoire ne permet d'étayer le diagnostic.

Le diagnostic différentiel des syndromes prémenstruels est en effet très large : maladies psychiatriques (dépression, dysthymie, anxiété, troubles de la personnalité), migraine, endocrinopathies, mastopathies, etc. Il est par ailleurs associé à une plus grande comorbidité pour certaines affections psychiatriques : dépression, alcoolisme, suicide, comportements violents ou dangereux. Les femmes souffrant du SPM sont manifestement plus à risque de développer un épisode dépressif majeur. A l'inverse, lorsque l'état dépressif est déjà présent, l'exacerbation prémenstruelle des symptômes peut compliquer le tableau clinique, voire favoriser les idées suicidaires et le passage à l'acte. Nous verrons dans le chapitre III que les modifications hormonales qui accompagnent le cycle menstruel perturbent aussi l'efficacité des médicaments psychotropes : il s'agit donc là d'une période critique, et une adaptation des posologies est parfois nécessaire.

Outre la distinction entre deux types de syndromes prémenstruels basée sur la sévérité des symptômes, une autre distinction peut être faite concernant la nature de ceux-ci. Il existe ainsi une forme où les manifestations physiques prédominent (les plus fréquentes : gonflement abdominal, tension mammaire, acné, modification de l'appétit, sudations, céphalée) ; et une autre où les plaintes sont avant tout psychologiques (fatigue, irritabilité, humeur labile, tristesse, hypersensibilité, pleurs). Une confusion est dès lors possible dans les études abordant cette affection, aux confins de la psychiatrie et de la gynécologie : on a constaté que les psychiatres incluent dans leurs proto-

coles une n
second group
gient celles d

On a parfo
de l'époque
encore de ce
Comme la pl
est une affect
existé. La pr
d'une région
auraient par
contrairement
Il existe par
liale de SPM.
génération er
le cas. Parm
noter les règ
apparaissant
ducteur, les
quents avec

Les hypot
l'avons dit, n
tude de la m
hormonal et
bien sûr fait l
riquement, l'
propriété de p
nés. La théor
déficience en
progestéron
neurotransme
a aussi été év
ciaux sont lié
encore la mé
même peut ag
donc de plu
diathèse » : cl

coles une majorité de patientes appartenant au second groupe, tandis que les gynécologues privilégient celles du premier.

On a parfois prétendu que le SPM était l'apanage de l'époque moderne, des pays industrialisés ou encore de certaines classes sociales. Il n'en est rien. Comme la plupart des maladies de la femme, le SPM est une affection transculturelle qui a de tout temps existé. La présentation clinique peut toutefois varier d'une région du globe à l'autre. Les Japonaises auraient par exemple des symptômes moins marqués, contrairement aux Turques, qui souffriraient le plus. Il existe par ailleurs fréquemment une histoire familiale de SPM. La prédisposition se transmet alors de génération en génération, mais ce n'est pas toujours le cas. Parmi les autres facteurs de risque, il faut noter les règles abondantes et aussi l'âge. En effet, apparaissant généralement au début du cycle reproducteur, les symptômes sont de plus en plus fréquents avec le vieillissement.

Les hypothèses sur l'étiologie du SPM sont, nous l'avons dit, nombreuses. Il ne se dégage aucune certitude de la multitude des théories. Le rôle du climat hormonal et de son bouleversement prémenstruel a bien sûr fait l'objet de la plus grande attention. Historiquement, l'excès d'œstrogène ou la sécrétion inappropriée de progestérone ont été les premiers incriminés. La théorie la plus populaire suggère le rôle d'une déficience en progestérone, ou d'un ratio œstrogène-progestérone anormalement élevé. Un déséquilibre des neurotransmetteurs cérébraux (touchant la sérotonine) a aussi été évoqué. Toutefois, des facteurs psychosociaux sont liés au SPM : le stress principalement, ou encore la mésentente maritale. La menstruation elle-même peut agir comme facteur de stress. On s'oriente donc de plus en plus vers un modèle « stress-diathèse » : chez des patientes prédisposées, génétique-

ment et de par l'influence indiscutable de facteurs endocriniens, surviennent des événements de vie précipitants, pour lesquels il faut évoquer des paramètres tels que la personnalité de la patiente, ou sa vulnérabilité au stress. L'influence de ces facteurs psychologiques est d'ailleurs confirmée par une expérience intéressante : lorsque l'on affirme à un groupe de patientes qu'elles souffrent du SPM, elles décrivent par la suite des plaintes d'intensité plus importante. Il s'agit en définitive d'une affection encore mal cernée, qu'il reste difficile de prévoir ou d'expliquer, mais dont la morbidité ne devrait pas être sous-estimée : si le SPM est fréquent, il ne doit pas pour autant être banalisé !

Un traitement est à envisager chaque fois qu'il est nécessaire de soulager la patiente. En l'absence d'une compréhension étiologique, la prise en charge reste largement symptomatologique, et de nombreuses stratégies ont ici aussi été proposées. Elles vont du régime diététique à l'acte chirurgical irréversible (ovariectomie bilatérale), en passant par une pléiade de traitements médicamenteux (anti-inflammatoires non stéroïdiens, contraceptifs oraux, danacrine, agonistes de la Gn-RH, progestérone, dépôt-médroxyprogestérone acétate, œstrogènes combinés à la testostérone, anxiolytiques, antidépresseurs et autres psychotropes).

Quelle attitude choisir ? Il faut garder à l'esprit le fait que le SPM reste une affection chronique et que le traitement qui sera efficace, quel qu'il soit, sera maintenu sur une très longue période. Il convient donc d'adopter une attitude prudente, en débutant avec les cures les mieux tolérées – les traitements les plus agressifs ne sont d'ailleurs pas toujours les plus efficaces (pour mémoire, le placebo apporte une amélioration de la symptomatologie dans un tiers des cas). L'utilisation de l'exercice physique associé à un régime pauvre en sel, méthylxantines ou sucres raffinés n'a pas été prouvée à ce jour. On a fréquemment tendance

à se tourner
anxiolytiques
appartient à
succès : il s'a
qui est géné
médicamente
une tolérance
temps pour c
(adaptation p
sible l'arrêt
devrait par c
dans le SPM.
inconvenient
cependant b
trois à six
l'arrivée sur
les, mieux to
ture de la ser
adrénaline, le
Des résultats
avec la fluox
d'une utilisat
connus, mêm
seule phase l
cas sévères,
trouble dépr
beaucoup u
variable. Cer
ment dépress
thérapie vér
taux d'effets
Il s'agit don
entraîner un
tômes – sel
patientes). E
moins dans
autre patholo

à se tourner vers les médications psychotropes : les anxiolytiques et les antidépresseurs. L'alprazolam, qui appartient à la première catégorie, a été utilisé avec succès : il s'agit d'une molécule qui agit rapidement et qui est généralement très bien tolérée. Cette classe médicamenteuse a toutefois la particularité d'entraîner une tolérance (nécessité d'augmenter les doses avec le temps pour obtenir le même effet) et une dépendance (adaptation psychique et somatique qui rend impossible l'arrêt brutal du traitement). Sa prescription devrait par conséquent rester ponctuelle et marginale dans le SPM. Les antidépresseurs ne présentent pas ces inconvénients. L'apparition de l'effet thérapeutique est cependant beaucoup plus lente : en moyenne après trois à six semaines d'une prise journalière. Avec l'arrivée sur le marché de nouvelles classes de molécules, mieux tolérées, comme les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine ou de la sérotonine et de la noradrénaline, leur utilisation est devenue bien plus aisée. Des résultats concluants ont été obtenus, par exemple avec la fluoxétine ou la sertraline. Toutefois, les effets d'une utilisation chronique d'antidépresseurs sont mal connus, même si l'on a proposé de limiter la prise à la seule phase lutéale. Il convient donc de les réserver aux cas sévères, ou chez les patientes souffrant déjà d'un trouble dépressif. Les traitements hormonaux ont été beaucoup utilisés dans le SPM, avec un bonheur variable. Certains d'entre eux sont de plus potentiellement dépressogènes... En définitive, la seule hormonothérapie véritablement efficace associée à un faible taux d'effets secondaires reste la contraception orale. Il s'agit donc du premier choix, bien qu'elle puisse entraîner un effet paradoxal – exacerbation des symptômes – selon certains auteurs (jusqu'à 25 % des patientes). Enfin, la psychothérapie serait peu utile, du moins dans les cas de SPM non compliqués par une autre pathologie psychiatrique.

Autres troubles prémenstruels. — Le SPM et le TDP sont de loin les affections les plus fréquentes de la période prémenstruelle. D'autres tableaux, plus rares, surviennent parfois : attaques de panique, épisodes hypomanes ou maniaques, voire psychotiques. Il s'agit souvent d'une aggravation prémenstruelle de la maladie mentale sous-jacente. Par exemple, plus de 40 % des patientes souffrant d'attaques de panique présentent une recrudescence des crises avant les règles. Un autre exemple est l'apparition d'une humeur de type maniaque chez une femme qui pourtant suit correctement son traitement à base de lithium : une chute du taux sanguin, secondaire aux adaptations physiologiques prémenstruelles, peut en être la cause. On sait par ailleurs que les patientes sous lithium pour un trouble bipolaire sont plus souvent hospitalisées durant la phase lutéale. La période prémenstruelle semble propice au changement de l'humeur (maniaque/dépressive) chez ces femmes.

II. — Psychopathologie de la maternité

La grossesse, et plus encore le post-partum, sont des périodes à risque pour la santé mentale d'une femme. Du moins tous les ingrédients semblent-ils réunis pour développer un trouble de l'humeur.

Outre la dépression gravidique, et les autres désordres psychiatriques qui peuvent survenir de manière concomitante à la grossesse, la pathologie de la maternité est dominée par quatre grandes entités dont l'apparition dans le temps suit une logique bien établie : l'état de stress suivant l'accouchement, le Baby-Blues, la psychose puerpérale et la dépression du post-partum (fig. 2). Ces affections, en majorité, sont à présent considérées comme des concepts *spécifiques*, c'est-à-dire des épisodes profondément différents de ceux qui se développent en dehors de la

et le TDP
 es de la
 us rares,
 épisodes
 ques. Il
 elle de la
 le, plus
 panique
 vant les
 n d'une
 ui pour-
 base de
 laire aux
 peut en
 patientes
 plus sou-
 a période
 ment de
 mes.

rnité

um, sont
 ale d'une
 mbent-ils
 eur.

es désor-
 manière
 ie de la
 tités dont
 que bien
 ement, le
 épression
 majorité,
 pts spéci-
 ent diffé-
 ors de la

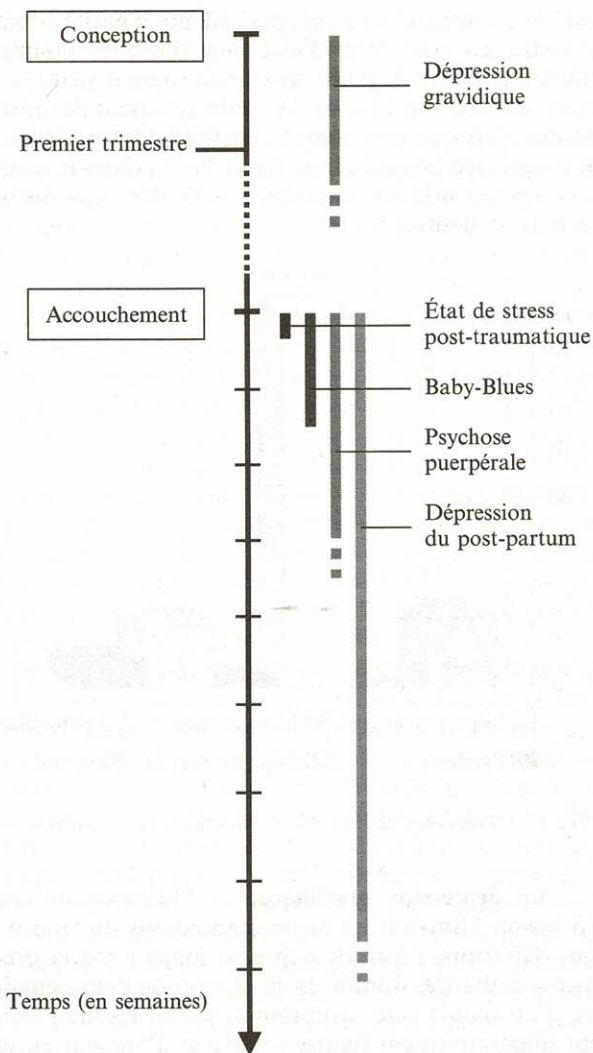


Fig. 2. — Répartition dans le temps des psychopathologies de la maternité.

période puerpérale. Il s'agit par ailleurs d'entités dont la fréquence est loin d'être anecdotique, comme l'illustre la figure 3. Il est sur ce point remarquable de constater que l'intérêt de la médecine pour le post-partum n'est que trop récent : l'attitude des praticiens fut longtemps la négligence ou se limita dans le meilleur des cas à la banalisation – avec des conséquences parfois désastreuses.

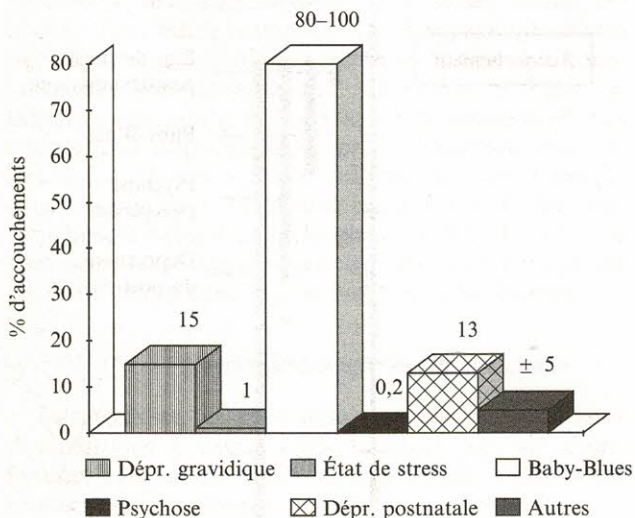


Fig. 3. — Prévalence des troubles psychiatriques de la maternité.

1. **La dépression gravidique.** — Qu'est-ce qu'une dépression ? Suivant les recommandations du DSM-IV, nous définirons l'épisode dépressif majeur par la présence simultanée, durant un minimum de deux semaines, d'au moins cinq symptômes, parmi lesquels doivent impérativement figurer : tristesse d'humeur et/ou diminution marquée de l'intérêt – du plaisir – pour les

activités pra
au long de l
être : perte
mentation de
tation ou r
perte d'éner
bilité excessi
se concentre
(idéation sui
présentes pr
france clinic
tionnement
être la cons
somatique, u
La dépres
comme un tr
conception
qui tombent
tère. Dans p
tale survient
Elle touche
sur sept.

Les théori
difficultés p
sesse étaient
maternité. C
maturation
souvent été
nellement p
traditionnel
maternité, d
sépare un s
retrouve po
ciaux bien p
sion anténat
tale précoc
conditions d

ités dont
comme
quable de
le post-
praticiens
s le meil-
nséquen-

activités pratiquées (c'est l' « anhédonie »), et ce, tout au long de la journée. Les autres symptômes peuvent être : perte ou gain de poids (ou diminution ou augmentation de l'appétit), insomnie ou hypersomnie, agitation ou ralentissement psychomoteur, fatigue ou perte d'énergie, sentiment de dévalorisation ou culpabilité excessive, diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer, ou enfin, pensées de mort récurrentes (idéation suicidaire). Ces manifestations doivent être présentes presque tous les jours, induire une souffrance clinique significative ou une altération du fonctionnement social ou professionnel, et bien sûr ne pas être la conséquence d'une autre affection (maladie somatique, usage de drogue, deuil, etc.).

La dépression gravidique se définit par conséquent comme un trouble dépressif majeur débutant entre la conception et la délivrance – les femmes déprimées qui tombent enceintes ne répondent donc pas à ce critère. Dans plus de 60 % des cas, la dépression anténatale survient lors du premier trimestre de la grossesse. Elle touche approximativement une femme enceinte sur sept.

Les théories psychodynamiques ont postulé que les difficultés psychologiques survenant durant la grossesse étaient inhérentes à une ambivalence face à la maternité. Celle-ci étant une expérience cruciale de maturation des affects, ces femmes déprimées ont souvent été qualifiées d'immatures ou d' « émotionnellement perturbées ». La psychanalyse n'envisage traditionnellement aucune alternative viable à la maternité, dans son rôle de « crise naturelle » qui sépare un stade *filles* d'un stade *femme/mère*. On retrouve pourtant des facteurs de risque psychosociaux bien pragmatiques dans la genèse de la dépression anténatale : la première grossesse, la perte parentale précoce, les troubles de la personnalité, les conditions de vie difficiles (logements exigus ou sur-

5

Baby-Blues

Autres

maternité.

qu'une
DSM-IV,
r la pré-
x semai-
uels doi-
eur et/ou
pour les

peuplés), ou encore le manque d'intimité avec le conjoint – particulièrement son hostilité à la grossesse. La grossesse non désirée est bien entendu un facteur de risque majeur. On a aussi relevé le rôle du jeune âge de la patiente, et l'existence préalable du syndrome prémenstruel. Les nausées et les vomissements, lorsqu'ils sont intenses, représentent des éléments prédisposants. En effet, s'ils surviennent chez 50 à 70 % des femmes enceintes, ils sont parfois accompagnés d'un sentiment de déception, résultat de l'absence du bien-être ou de l'excitation attendus. Beaucoup de femmes imaginent échapper à ces symptômes de par leur profond désir de grossesse ; leur apparition peut donc sembler un échec blessant. En cas d'ambivalence face au désir d'enfant, les nausées précoces peuvent être source d'anxiété et de dépression, car la réalité du bébé est alors tangible. D'autre part, les femmes qui attachent une grande importance à leur image peuvent vivre difficilement l'élargissement de leur abdomen, ou la croissance de leur poitrine. Un sentiment de dévalorisation et la dépression peuvent alors survenir.

Le traitement de la dépression gravidique, comme celui de toute maladie concomitante à la grossesse, pose un problème au clinicien. Il impose en effet d'établir un compromis entre la santé de la mère et le bien-être du fœtus. La crainte de provoquer des malformations fœtales a longtemps entravé la recherche pharmacologique (cet aspect sera discuté en détail dans le chapitre III). La psychothérapie a en conséquence été largement encouragée, mais elle n'est pas toujours possible, ni suffisamment efficace. Le seul traitement non médicamenteux véritablement sans danger pour le fœtus, et tout à la fois efficace, reste l'électroconvulsivothérapie (ECT). L'ECT se déroule à présent, il est vrai, dans des conditions de sécurité contrôlée et sous anesthésie légère. Les effets secon-

dares pour l'enfant.
Son indication est
particulièrement

2. L'état de
vrance. —
débute 24 à 48 heures
un tableau d'agitation
envahissant
quant l'insonnie
revit la scène
effet déclencheur
expérience de
habituellement
un syndrome
mière fois au
de la guerre
beaucoup plus
jours. Il peut
trophe naturel
lation particulière
ces où la vie
mises en danger
venir. Un accouchement
donc devenir
y a souvent
vent une faute
gence, comme
la parturiente
aussi l'emploi
foetal, sont
dans ces cas
ture, une exacerba
d'anxiété et
suite, comme
rappelle la
source d'un

dares pour la mère et l'enfant sont quasi inexistants. Son indication demeure malgré toute limitée aux cas particulièrement sérieux.

2. L'état de stress post-traumatique suivant la délivrance. — L'état de stress suivant la délivrance débute 24 à 48 heures après l'accouchement. Il offre un tableau dominé par l'anxiété : images angoissantes envahissant la pensée, cauchemars violents provoquant l'insomnie, rêves éveillés intrusifs où la patiente revit la scène traumatisante. Cette affection est en effet déclenchée par un événement déstabilisant, une expérience dont la nature traumatisante dépasse celle habituellement rencontrée dans la vie normale. C'est un syndrome complexe qui fut décrit pour la première fois avec précision chez les vétérans américains de la guerre du Vietnam, mais il se rencontre en fait beaucoup plus fréquemment dans la vie de tous les jours. Il peut par exemple survenir après une catastrophe naturelle, un hold-up, un accident de la circulation particulièrement grave : dans toutes circonstances où la vie et l'intégrité physique du patient ont été mises en danger tandis qu'il était incapable d'intervenir. Un accouchement long et douloureux peut donc devenir une cause de stress post-traumatique. Il y a souvent eu un événement anormal (le plus souvent une faute d'anesthésie), accompagné d'une négligence, comme de ne pas tenir compte des plaintes de la parturiente. Le travail difficile et douloureux, mais aussi l'emploi de forceps, la mort ou le handicap fœtal, sont des causes courantes. La naissance est dans ces cas vécue par la jeune mère comme une torture, une expérience terrifiante. Celle-ci sera source d'anxiété et sera revécue de nombreuses fois par la suite, comme évoqué plus haut. De plus, tout ce qui rappelle la naissance devient pour la patiente la source d'un sentiment intense de détresse morale, et

cela pourra s'accompagner de manifestations physiologiques (palpitations, essoufflement, crampes abdominales, sueurs froides, etc.). Cette symptomatologie anxieuse s'accompagne la plupart du temps d'un comportement d'évitement : tout ce qui pourrait rappeler le traumatisme est repoussé par la patiente. Des troubles de la mémoire peuvent survenir, ainsi qu'un repli sur soi (incapacité à éprouver des sentiments positifs, de la tendresse, impression que l'avenir est définitivement gâché et sans intérêt). Des réactions d'hypervigilance et de sursaut exagéré ne sont pas rares. Ces symptômes persistent au minimum un mois, et fréquemment toute une année – ils peuvent même resurgir lors du dernier trimestre d'une grossesse ultérieure.

L'état de stress post-traumatique est déjà une affection qui survient plus souvent chez la femme que chez l'homme. Elle est très fréquemment associée à d'autres maladies psychiatriques. Son incidence générale est de 10 % sur toute la durée d'une vie, et la forme puerpérale touche 1 % des nouvelles accouchées environ. Si une patiente souffre d'une dépression gravidique, elle est exposée à l'état de stress post-traumatique de façon plus importante. Mais, même si ce n'est pas le cas, cette pathologie accroît significativement la vulnérabilité à la dépression et à l'abus d'alcool. Les conséquences à court et long terme ne sont donc pas négligeables, ce qui plaide en faveur d'un traitement précoce et énergique.

L'hospitalisation est souvent nécessaire : l'intensité de la symptomatologie, qui perturbe profondément la qualité de vie, rend illusoire un retour au domicile. L'utilisation de drogues psychotropes est elle aussi inéluctable. Une telle anxiété ne sera jugulée que par de fortes doses d'anxiolytiques. Un traitement antidépresseur sera fréquemment instauré afin

de prendre
d'arrêter ap
rapie de so
sûr judicieu
de l'établiss
la victime.
cognitivo-co
dans la pri
Enfin, un p
a aussi pr
anxieux. Av
nostic est e

3. Le Bab

une maladi
devant sa f
à 80 % des r
chent des l
émotionnell
tion de la je
les. Elle pe
d'inappéten
plus rareme
Baby-Blues
le dixième j
sième et qua
de « syndro
monograph
traitement r
paraissent s
être là qu'il
réputation
post-partum

Les gyné
guère atten
années 1960
Des questio

de prendre le relais de ces derniers, qu'il convient d'arrêter après quelques semaines. La psychothérapie de soutien et l'écoute de la patiente sont bien sûr judicieuses : des excuses promptes de la part de l'établissement fautif peuvent certainement aider la victime. Les approches comportementales ou cognitivo-comportementales sont aussi très utiles dans la prise en charge des cas post-traumatiques. Enfin, un programme d'exercice physique progressif a aussi prouvé son efficacité sur les symptômes anxieux. Avec une prise en charge adéquate, le pronostic est en général favorable.

3. Le Baby-Blues. — Le Baby-Blues est-il réellement une maladie ? On pourrait sérieusement s'interroger devant sa fréquence. Elle est habituellement estimée à 80 % des naissances, mais certains auteurs la rapprochent des 100 % ! Il s'agit d'une période de labilité émotionnelle, de pleurs injustifiés et de remise en question de la jeune accouchée sur ses capacités maternelles. Elle peut s'accompagner d'anxiété, d'irritabilité, d'inappétence et de troubles du sommeil. Elle prend plus rarement la forme d'une élation de l'humeur. Le Baby-Blues survient classiquement entre le premier et le dixième jour du post-partum, avec un pic aux troisième et quatrième jours, ce qui lui a valu l'appellation de « syndrome du troisième jour » dans les anciennes monographies. Il a été décrit de par le monde. Aucun traitement n'est nécessaire, car les manifestations disparaissent spontanément en quelques jours (c'est peut-être là qu'il faut rechercher l'origine de la regrettable réputation de bénignité des psychopathologies du post-partum).

Les gynécologues et les psychiatres ne prêtèrent guère attention au Baby-Blues jusqu'à la fin des années 1960, où l'on chercha à mieux le comprendre. Des questionnaires diagnostiques furent par la suite

important. Cette particularité a été mise à profit dans l'élaboration d'une stratégie préventive pour la dépression du post-partum ; elle repose sur trois points : une anamnèse prénatale dans le but d'identifier les facteurs de risque dans l'histoire de la patiente, l'encouragement des techniques de relaxation pour une meilleure gestion du stress, et enfin le passage d'un autoquestionnaire. Ce dernier, l'EPDS (« Edinburgh Postnatal Depression Scale »), comporte 10 items et ne prend que quelques minutes du temps de la jeune maman. Il lui est soumis au troisième jour qui suit l'accouchement. La réponse à chaque question comporte alors une cote, et lorsque le total de celles-ci dépasse 10 points, le risque de développer une dépression est considéré comme sérieux, et une prise en charge psychiatrique est conseillée.

4. La psychose puerpérale. — La psychose puerpérale est la plus rare mais la plus dramatique des affections du post-partum. Son incidence est estimée à 0,2 % des accouchements. Le terme *psychose* implique une perturbation profonde du fonctionnement mental, notamment dans son rapport à la réalité : hallucinations (perceptions sans objet) et idées délirantes font leur apparition. Toutefois, la psychose puerpérale ne saurait être réduite à la survenue d'un épisode d'allure schizophrénique dans la période postnatale : comme dans le cas du Baby-Blues et de la dépression du post-partum, les psychiatres estiment de plus en plus qu'il s'agit d'un trouble spécifique. Ces considérations reposent sur la particularité de la symptomatologie. En effet, la psychose puerpérale se présente comme l'apparition brutale, dans les premières semaines qui suivent l'accouchement (habituellement entre la première et la troisième), d'un tableau dominé par la confusion (désorientation, perplexité)

et une polysymptomatologie particulière. On retrouve des éléments polymorphes qui évoquent la schizophrénie, les troubles de l'humeur, et des particularités telles que la mauvaise reconnaissance des personnes (typiquement confusion entre le mari et le père, la famille et le staff infirmier), le délire à thème de grandeur ou de négation, et surtout une très grande variabilité du symptôme dans le temps, qui lui confère un aspect « kaléidoscopique ». Il en résulte une présentation « atypique », qui entre mal dans le moule parfois étroit des critères diagnostiques des troubles psychotiques classiques. Les hallucinations surviennent environ dans la moitié des cas, et les idées délirantes ont souvent rapport à la maternité, le travail ou l'enfant.

Selon certaines théories, la naissance confronterait la patiente « immature » à des conflits non résolus et refoulés, remontant à sa propre enfance. Des théories biologiques ont également été avancées ; elles intègrent le déséquilibre des neurotransmetteurs cérébraux (principalement la dopamine) et le contexte hormonal. Certaines femmes sont prédisposées : particulièrement celles qui présentent un passé psychiatrique chargé, comme les bipolaires (« manico-dépressives ») et les schizophrènes. Les symptômes sont aussi associés à la mort fœtale et au manque de soutien du partenaire.

L'évolution de la maladie est ponctuée par des rémissions et des rechutes parfois très brutales. Le retour au domicile est dans ces conditions interdit : c'est une affection qui nécessite l'hospitalisation de la mère, habituellement pour plusieurs semaines, et l'utilisation de médicaments antipsychotiques (neuroleptiques). Le danger de suicide est très important, et l'idéation délirante intégrant souvent le bébé, les risques de maltraitance et d'infanticide sont également significatifs. La mère étant totalement incapable de

prendre soin
durant l'hos
quence pour
du développ
la santé me
qui a présen
peut espérer
récidive lors
chance sur t

5. La dép
désordre pu
aussi celui p
nature spéci
classique, se
entités que r
un délai - p
délivrance e
partum (DPR
manière bru
Enfin, la DP
tion dans le
situation fait
n'est diagno
dans 10 % d
carences les
moderne. La
qu'une fois r
de contact
très raremen
psychiatre d
incité certain
mer les infir
quement visi
puissent aid
également d
stratégie pré

prendre soin du nouveau-né, elle doit en être séparée durant l'hospitalisation. Cela n'est pas sans conséquence pour l'enfant lui-même, notamment au niveau du développement affectif et psychologique, voire de la santé mentale du futur adulte. Enfin, une femme qui a présenté un épisode de psychose puerpérale peut espérer une guérison définitive, mais le risque de récidive lors d'une grossesse ultérieure atteint une chance sur trois.

5. La dépression du post-partum. — Il s'agit du désordre puerpéral le plus étudié en psychiatrie. C'est aussi celui pour lequel les arguments en faveur d'une nature spécifique, tout à fait distincte de l'épisode classique, sont les plus solides. Contrairement aux entités que nous venons de décrire, il existe souvent un délai — parfois de plusieurs semaines — entre la délivrance et la survenue de la dépression du post-partum (DPP). De plus, elle ne se déclenche pas de manière brutale, mais plutôt de façon insidieuse. Enfin, la DPP fait très rarement l'objet d'une formation dans le cursus universitaire des médecins. Cette situation fait que, malgré sa prévalence élevée, la DPP n'est diagnostiquée et traitée de façon pertinente que dans 10 % des cas environ. Il s'agit là de l'une des carences les plus importantes de notre médecine moderne. La situation s'explique également par le fait qu'une fois rentrée chez elle, la jeune mère garde peu de contact avec l'hôpital : le gynécologue est donc très rarement confronté à la symptomatologie, et le psychiatre de liaison encore moins. C'est ce qui a incité certains pays, comme le Royaume-Uni, à former les infirmières à domicile, qui rendent systématiquement visite aux nouvelles accouchées, afin qu'elles puissent aider à détecter les situations à risque. C'est également dans cette optique que fut développée la stratégie préventive décrite plus haut.

La DPP survient en général entre la seconde et la huitième semaine postnatale. La plupart des spécialistes sont sur ce point en désaccord avec les critères du DSM-IV, qui stipule que l'épisode devrait débuter au cours du premier mois uniquement. Plusieurs études épidémiologiques ont en effet montré l'apparition beaucoup plus tardive des symptômes dans un nombre important de cas. La position la plus extrême est adoptée par la Société Marcé, qui estime que cette période devrait couvrir toute la première année du post-partum (cette société internationale porte le nom d'un psychiatre français du XIX^e siècle qui fut l'un des pionniers de la psychiatrie de la maternité, elle a pour objectif le développement de cette branche de la médecine). Il est couramment admis que la DPP fut décrite de façon précise pour la première fois par Brice Pitt en 1968. Il fut en effet l'auteur de l'un des articles qui soulignèrent précocement les différences entre DPP et dépression classique.

L'origine de la DPP est, pense-t-on, multifactorielle et correspond à un modèle « bio-psycho-social ». De nombreux facteurs ont été statistiquement associés à cette affection, et peuvent en effet se répartir en trois grandes catégories : biologiques, interpersonnels et intrapsychiques. Il est bien sûr toujours question de cet intense bouleversement hormonal qui voit chuter la progestérone, l'œstradiol et le cortisol, de l'effondrement de la prolactine (sauf en cas d'allaitement maternel : il s'agit d'ailleurs d'un élément protecteur), mais aussi d'un rôle éventuel d'une chute brutale du taux plasmatique des bêta-endorphines. L'état thyroïdien de la mère a aussi été mis en relation avec la survenue d'une dépression postnatale : la présence d'anticorps antithyroïdiens est ainsi considérée comme un facteur de risque. Le mauvais état général a également été impliqué. Mais ce contexte biologique à lui seul ne semble pas suffisant pour déclencher

l'épisode dépressif
sur lequel d
greffer. Si Pi
dans les trois
mère ne sem
de la parité,
différence ra
patientes issu
grande prédi
soutien fami
conjoint que
de couple so
tout comme
maman est p
négligeants, c
divorce, tout
facteurs préc
un rôle néfas
la grossesse
encore la tox
cées que les c
contexte de
d'importance
cile, l'utilisati
générale, la
favorisent la
tuté, de m
poids de l'en
bles lors de l
tère. Enfin, d
part importan
ont trait à la
ticulièrement
que présuppo
en ampleur
stade de *fill*
l'adolescence

l'épisode dépressif : il a davantage un rôle facilitateur sur lequel des facteurs interpersonnels viennent se greffer. Si Pitt notait déjà que la DPP survient parfois dans les trois premières années du mariage, l'âge de la mère ne semble pas jouer un rôle clair – au contraire de la parité, qui majore le risque. Il n'y aurait pas de différence raciale, mais plutôt socio-économique : les patientes issues des milieux défavorisés ont une plus grande prédisposition. Indépendamment de cela, le soutien familial joue un rôle central : tant celui du conjoint que celui des parents et amis. Les problèmes de couple sont fréquemment à l'origine de la DPP, tout comme la violence familiale. On sait que la maman est plus à risque lorsqu'elle a eu des parents négligeants, ou a été orpheline jeune. Le célibat ou le divorce, tout comme le deuil, peuvent représenter des facteurs précipitants. D'autres éléments peuvent jouer un rôle néfaste sur l'humeur de la jeune accouchée : la grossesse multiple, la malformation du fœtus, ou encore la toxicomanie. Les citadines sont plus menacées que les campagnardes, selon certaines études. Le contexte de l'accouchement lui-même a beaucoup d'importance : le travail prolongé, l'expulsion difficile, l'utilisation de ventouses, de forceps, l'anesthésie générale, la césarienne sont des circonstances qui favorisent la DPP. Il en est de même en cas de prématurité, de mort à la naissance, ou encore de petit poids de l'enfant. La présence de personnes indésirables lors de l'accouchement est particulièrement délétère. Enfin, des facteurs intrapsychiques prennent une part importante dans la genèse de la DPP. Ici aussi, ils ont trait à la maturité affective de la patiente, et particulièrement à la réorganisation de la personnalité que présuppose le fait de devenir une mère. Elle est en ampleur aussi importante que le passage du stade de *fillette* au stade de *femme*, qui caractérise l'adolescence. Mal préparée, comme lorsque la gros-

sesse est non désirée, la naissance et les appels du nourrisson ne peuvent que développer le sentiment d'autodépréciation et d'incompétence à la base de la symptomatologie. Les antécédents psychiatriques en général, et de DPP en particulier, la mauvaise acceptation de la modification de l'image corporelle, le Baby-Blues intense ou encore l'euphorie dans les premiers jours qui suivent l'accouchement sont des signaux d'alarme.

La prévalence précise de la DPP a fait l'objet de nombreuses publications. On l'estime généralement entre 10 et 25 % des naissances. Une méta-analyse récente (méthode statistique regroupant un grand nombre d'études afin d'obtenir un échantillon hautement significatif) avance le chiffre de 13 %. Cela semble se vérifier sur les cinq continents. Outre la présentation propre à un épisode dépressif, l'autodépréciation et le sentiment d'incapacité à répondre aux besoins de l'enfant sont le plus souvent retrouvés, ainsi que l'anxiété. La mère déprimée est incapable de s'occuper du nourrisson : elle le néglige et se sent irritée par ses cris. Elle les interprète d'ailleurs de manière fréquemment inadéquate. On relève régulièrement des différences entre la symptomatologie de la DPP et celle d'un épisode non puerpéral, comme une labilité émotionnelle à l'avant-plan, ou une aggravation vespérale des symptômes (elle est habituellement matinale). L'anxiété pour le bébé représente un signe important, et les troubles du sommeil sont marqués par des difficultés d'endormissement et des cauchemars (en opposition au réveil matinal précocement classique). Le diagnostic, nous l'avons dit, est particulièrement important. Il comporte, d'une part, l'exclusion des autres syndromes puerpéraux : état de stress post-traumatique, Baby-Blues, psychose puerpérale. La démarche peut être facilitée par l'Edinburgh Postnatal Depression Scale, qui présente une

sensibilité de
mentale en g
cité à détec
avons publi
qui est repro

Tableau II. —
P
(Edinbu

[Tiré de I. O
partum : causes
stratégie préven
n° 12, p. 52-56.

Nom :
Adresse :
Age du bébé :

Vous avez r
comment va vo
qui reflète au p
seulement ceux
Voici un exe

Cela signifie
temps » durant
plir les autres q
Durant les 7 dé

1. J'ai été cap
Autant
Pas tout
Sûremer
Pas du
2. J'ai envisa
Comme
Plutôt n
Beaucou
Avec be

sensibilité de 95 % (capacité à détecter une pathologie mentale en général) et une spécificité de 93 % (capacité à détecter la DPP plus particulièrement). Nous avons publié une traduction française de cette échelle qui est reproduite ici (tableau II). Les conséquences

Tableau II. — Traduction française de l'échelle d'Édimbourg pour la dépression du post-partum (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS)

[Tiré de I. O. Godfroid, A. Charlot, La dépression du post-partum : causes, conséquences et traitements, revus pour une stratégie préventive, *Rev. Fr. Gynécol. Obstét.*, 1996, vol. 91, n° 12, p. 52-56.]

Nom :

Adresse :

Age du bébé :

Vous avez récemment accouché, et nous aimerions savoir comment va votre moral. *Soulignez* s'il-vous-plaît la réponse qui reflète au plus près vos sentiments *des 7 derniers jours*, pas seulement ceux d'aujourd'hui.

Voici un exemple déjà complété :

Je me suis sentie joyeuse :

Oui, tout le temps

Oui, la plupart du temps

Non, pas très souvent

Non, pas du tout

Cela signifierait : « Je me suis sentie joyeuse la plupart du temps » durant la semaine passée. Veuillez s'il-vous-plaît remplir les autres questions de la même façon.

Durant les 7 derniers jours :

1. J'ai été capable de rire et de voir le côté drôle des choses
Autant que d'habitude
Pas tout à fait autant
Sûrement pas autant
Pas du tout
2. J'ai envisagé le futur en me réjouissant
Comme je l'ai toujours fait
Plutôt moins que d'habitude
Beaucoup moins que d'habitude
Avec beaucoup de difficultés

- 3*. Je m'en suis voulue sans raison lorsque les choses allaient mal
- Oui, tout le temps
 - Oui, parfois
 - Pas très souvent
 - Jamais
4. J'ai été anxieuse ou inquiète sans raison sérieuse
- Non, pas du tout
 - Vraiment très rarement
 - Oui, parfois
 - Oui, très souvent
- 5*. Je me suis sentie effrayée ou j'ai paniqué sans raison sérieuse
- Oui, souvent
 - Oui, quelquefois
 - Non, ou très rarement
 - Pas du tout
- 6*. Les choses m'ont dépassée
- Oui, la plupart du temps je n'étais capable de rien surmonter
 - Oui, parfois je surmontais les choses moins bien que d'habitude
 - Non, la plupart du temps je les surmontais
 - Non, je les surmontais aussi bien que d'habitude
- 7*. J'ai été tellement triste que j'ai mal dormi
- Oui, la plupart du temps
 - Oui, parfois
 - Pas très souvent
 - Non, pas du tout
- 8*. Je me suis sentie triste ou inutile
- Oui, la plupart du temps
 - Oui, assez souvent
 - Pas très souvent
 - Non, pas du tout
- 9*. J'ai été si triste que j'ai pleuré
- Oui, la plupart du temps
 - Oui, assez souvent
 - Seulement occasionnellement
 - Non, jamais
- 10*. L'idée de me faire du mal m'est venue
- Oui, assez souvent
 - Parfois
 - Très rarement
 - Jamais

Consignes d'utili

1. Il est dem
reflète le m
2. Tous les ite
3. Il doit être
lité de disc
4. La mère d
compréhen
éprouve de
5. Les répons
sévérité du
risque sont
score total
questions.
sont très s

[L'EPDS peut
post-partum po
préconisons son
chement, vu sa

de la DPP, lor
charge, sont
que l'enfant, c
majeur provie
actions précoc
le développer
mentale. Celu
répercussions
l'enfant sont
langage, trou
psychopatholo
maman comp
irritable à son
déboucher su
nouveau-né c
turbulent, il p
même de mor
même des an

Consignes d'utilisation :

1. Il est demandé à la mère de souligner la réponse qui reflète le mieux ses sentiments des sept jours précédents.
2. Tous les items doivent être complétés.
3. Il doit être pris garde à ce que la mère n'ait pas la possibilité de discuter ses réponses avec d'autres personnes.
4. La mère doit compléter l'échelle elle-même, sauf si sa compréhension du français l'en empêche ou si elle éprouve des difficultés à lire.
5. Les réponses sont cotées 0, 1, 2 et 3 en fonction de la sévérité du symptôme. Les questions marquées d'un *astérisque* sont cotées à rebours (par ex. : 3, 2, 1 et 0). Le score total est calculé par l'addition des scores des dix questions. Les scores supérieurs à 12-13 [voire 10, *N.d.T.*] sont très suspects de trouble dépressif.

[L'EPDS peut être utilisée entre la 6^e et la 8^e semaine du post-partum pour le diagnostic de la dépression, mais nous préconisons son emploi dès le troisième jour suivant l'accouchement, vu sa valeur prédictive, *N.d.T.*].

de la DPP, lorsqu'elle n'est pas correctement prise en charge, sont multiples : elles touchent tant la mère que l'enfant, de manière précoce et tardive. Le risque majeur provient en effet de l'inadéquation des interactions précoces mère-enfant, dont l'importance pour le développement affectif et cognitif est fondamentale. Celui-ci sera fréquemment perturbé, et des répercussions à long terme sur la santé mentale de l'enfant sont possibles (retard dans l'acquisition du langage, troubles du comportement, retard mental, psychopathologie du futur adulte). Irritable, la maman comprend mal son nourrisson, qui devient irritable à son tour : un cercle vicieux se crée ; il peut déboucher sur la négligence ou la maltraitance. Le nouveau-né de mère déprimée est d'emblée plus turbulent, il présente aussi plus de vomissements et même de mort subite. Ce sont des enfants qui, parfois même des années plus tard, deviendront des enfants

battus. Le risque le plus grave est bien entendu le suicide maternel, et l'infanticide – qui survient dans 0,2 % des cas. La DPP a également des répercussions sur la vie du couple : dépression du conjoint dans près d'un cas sur dix, et divorce.

La dépression postnatale demande une prise en charge aussi précoce que possible. Lorsqu'elle est nécessaire, l'hospitalisation se fera de préférence en unité mère-enfant : il est important que la maman réapprenne à s'occuper du bébé, parallèlement à l'amélioration de son état. Selon le contexte, les thérapies de couple ou de groupe ont prouvé leur efficacité ; la thérapie de soutien est, quant à elle, toujours bénéfique. Les drogues antidépessives seront dans la plupart des cas prescrites, avec comme adjuvants les anxiolytiques et les hypnotiques. Un traitement antidépresseur doit être poursuivi de six mois à un an si l'on veut éviter une rechute. La prise en charge ambulatoire, qui sera peu à peu espacée, se poursuivra courageusement sur plusieurs années. Ces problèmes de la maternité, lorsqu'ils sont négligés, peuvent suivre la patiente tout le reste de sa vie. Le désir d'une grossesse ultérieure mérite également une réflexion approfondie avec le psychiatre traitant. Enfin, de nombreuses stratégies curatives ont proposé l'administration de suppléments hormonaux dans le traitement de la DPP, et ce depuis près d'un demi-siècle. Elles étaient tombées dans l'oubli, vu leur faible efficacité, leurs contraintes d'administration et les effets secondaires multiples, mais ont récemment été remises à l'honneur sous la forme de timbres cutanés à bases d'œstrogène – cela reste pour l'heure un traitement expérimental.

La spécificité du concept diagnostique de DPP a fait couler beaucoup d'encre. Il s'agit d'un sujet de recherche passionnant qui est loin d'être épuisé. La question est simple : la dépression postnatale n'est-

elle qu'un épisode
décours d'un a
différente ? Da
déjà des variati
la première hy
unique qui unifi
tion corporelle
propres à la gr
déterminante d
le rôle de la
opposition au
l'hypercortisolé
cas du post-pa
piques ». L'état
largement en f
Cette présompt
nous avons ré
ment, basé sur
rents épisodes d
contexte hormo
décrit : hormon
tine et cortisol
qu'à l'issue d'u
males que hum
l'existence d'un
modification br
mones et la su
chologique (ce
exacte et le lien
Ce bouleverser
l'épisode dépres

Le deuxième
rente de ces de
gique a suivi de
taines ayant sou
non puerpérale.
tive. Deux tab

elle qu'un épisode dépressif classique qui survient au décours d'un accouchement, ou s'agit-il d'une entité différente ? Dans son article historique, Pitt relevait déjà des variations de symptomatologie en faveur de la première hypothèse. On peut y ajouter le lien unique qui unit la DPP et le Baby-Blues, la modification corporelle et la réorganisation de la personnalité propres à la grossesse, l'importance particulièrement déterminante du soutien social dans la DPP, ainsi que le rôle de la chute du cortisol plasmatique (par opposition au rôle potentiellement dépressogène de l'hypercortisolémie, recherchée habituellement). Les cas du post-partum avaient été qualifiés d' « atypiques ». L'état actuel de nos connaissances plaide largement en faveur de la spécificité du diagnostic. Cette présomption repose sur deux points, auxquels nous avons récemment ajouté un troisième argument, basé sur l'étude du sommeil durant les différents épisodes dépressifs. Le premier point a trait au contexte hormonal du post-partum, qui a déjà été décrit : hormones gonadiques, thyroïdiennes, prolactine et cortisol ne subissent un tel bouleversement qu'à l'issue d'un accouchement. Des études tant animales que humaines ont d'ailleurs clairement montré l'existence d'une relation de cause à effet entre une modification brutale du taux plasmatique de ces hormones et la survenue de symptômes de nature psychologique (ce qui reste à préciser, c'est la séquence *exacte* et le lien *précis* entre ces hormones et la DPP). Ce bouleversement endocrinien n'existe pas dans l'épisode dépressif classique.

Le deuxième point concerne la récurrence différente de ces deux affections. Une étude épidémiologique a suivi deux groupes de femmes déprimées, certaines ayant souffert de DPP et d'autres de dépression non puerpérale, sur une période de temps significative. Deux tableaux de récurrence distincts furent

relevés : certaines femmes étaient très prédisposées à la DPP, mais peu à la dépression hors post-partum, tandis que d'autres, sujettes à la dépression « classique », l'étaient peu à la DPP. Ces résultats sous-tendent l'existence d'une nature bien distincte pour ces deux troubles de l'humeur, pourtant si semblables à première vue.

Enfin, nous avons prouvé que les anomalies du sommeil qui touchent la DPP diffèrent de celles d'un épisode classique. Nous avons comparé des patientes en DPP (*groupe A*) à des femmes en dépression majeure non puerpérale (*groupe B*) et à d'autres dépressives ayant des antécédents de DPP (*groupe C*). Cette étude a permis de mettre en évidence le fait que la durée du sommeil en stade IV est « moins réduite » durant la DPP que durant la dépression classique de même intensité. Des tendances à une réduction du stade I et à une meilleure qualité générale de sommeil ont également été soulignées. Aucun autre facteur confondant ne permettait d'expliquer ces résultats. De plus, il est classiquement admis que le sommeil durant la dépression est caractérisé (outre une réduction de la latence REM) par une augmentation du stade I et une réduction du stade IV. Ces anomalies étaient beaucoup plus marquées dans les groupes B et C que dans le groupe A, confirmant donc la possibilité que le sommeil soit moins perturbé durant la DPP. Nous avons aussi démontré que l'épisode dépressif majeur non puerpéral survenant chez des patientes avec une histoire de DPP (*groupe C*) était plus proche, du point de vue EEG, de la dépression majeure sans antécédent (*groupe B*) que de la DPP. Ce second élément plaide à nouveau, et cette fois indirectement, en faveur d'une spécificité de l'épisode du post-partum. Il convient toutefois d'ajouter que ces différences électroencéphalographiques sont dans l'ensemble limitées, et par conséquent que l'enregistrement du sommeil ne per-

mettrait pas, de DPP, ni d'un débat sur la nature vain : prouver différent de la quence de stim adapté à cette dans l'introduc rer toute la dif

6. Les autres nité. — Nous bles mentaux o peuvent égalem phases mania sexuels qui st divers troubles trouble obsess Ces épisodes pensation, à l' au long cours désordre propri tent dès lors de maternité peut d'une affection sentent ainsi u logie après la

Les attaques mais sous-diag maladies psych manière imprév accompagné d cherait plus de natale. Il est o pant, car cette Le conjoint et l les plus couran

mettrait pas, à lui seul, de procéder au diagnostic de DPP, ni d'aider à son diagnostic différentiel. Le débat sur la notion de spécificité n'est pourtant pas vain : prouver que la DPP est un trouble de l'humeur différent de la dépression majeure aurait pour conséquence de stimuler la recherche d'un traitement mieux adapté à cette affection – les constatations évoquées dans l'introduction de ce chapitre permettent de mesurer toute la difficulté d'un tel projet.

6. Les autres affections psychiatriques de la maternité. — Nous venons de décrire les principaux troubles mentaux de la maternité, mais d'autres désordres peuvent également survenir. Il s'agit par exemple des phases maniaques du post-partum, des troubles sexuels qui suivent l'accouchement, ou encore de divers troubles anxieux (comme le déclenchement du trouble obsessionnel-compulsif lors d'une grossesse). Ces épisodes apparaissent plus comme une décompensation, à l'occasion de la naissance, d'une maladie au long cours – tel le trouble bipolaire – plutôt qu'un désordre propre à l'enfantement lui-même. Ils s'écartent dès lors de notre propos. Notons qu'à l'inverse la maternité peut jouer un rôle favorable sur l'évolution d'une affection mentale : certaines schizophrènes présentent ainsi une amélioration de leur symptomatologie après la grossesse.

Les attaques de colère sont un problème fréquent, mais sous-diagnostiqué, qui complique l'évolution des maladies psychiatriques. Il s'agit de la survenue, de manière imprévisible, d'un brusque sentiment de colère accompagné de manifestations somatiques, qui toucherait plus de 70 % des patientes en dépression post-natale. Il est dans ces cas particulièrement préoccupant, car cette colère est souvent dirigée vers l'enfant. Le conjoint et le reste de la famille sont les autres cibles les plus courantes. Plusieurs études ont démontré que

ces attaques de colère touchent en grande majorité les patientes non compliantes au traitement.

Enfin, les conséquences psychologiques de la fausse couche sont elles aussi importantes. Il s'agit d'un problème courant — on considère que 10 à 20 % des grossesses diagnostiquées se terminent en avortement spontané. C'est un événement traumatisant pour la mère, ainsi qu'une remise en question sur ses compétences de procréation. Beaucoup de femmes éprouvent le besoin de porter le deuil de cet enfant qu'elles n'ont pu garder, et le risque de développer un trouble dépressif majeur dans les six mois est significatif : un cas de fausse couche sur dix environ. Les femmes sans enfant ou ayant des antécédents de dépression sont plus exposées, et le risque est principalement élevé dans les premières semaines. Cette période peut également favoriser la survenue d'un premier épisode d'attaque de panique.

III. — Le pseudocyesis

La dénomination « grossesse nerveuse », désuète et péjorative, est de nos jours remplacée par le néologisme grec *pseudocyesis* (littéralement : « fausse grossesse »). C'est une affection qui a traversé les âges (certaines descriptions apparaissent dans des chroniques moyenâgeuses, et même égyptiennes) et les cultures. Il s'agit en outre de l'un des rares modèles animaux en psychiatrie : le pseudocyesis a beaucoup été étudié chez certains rongeurs et chez la chienne, où il est fréquent. L'approche de cette grossesse sans enfant reflète enfin l'une des facettes méconnues de la physiologie humaine : la relation cerveau-esprit (aussi dénommée « psychiagénie »).

Le pseudocyesis est une affection caractérisée d'une part par la conviction de la patiente d'être enceinte (alors que ce n'est pas le cas), et d'autre

part par un e
pagnent la gr
distension ab
galactorrhée,
symptômes di
poids, appétit
col et croissa
impression su
des modificat
bel et bien. La
règle : la plup
patientes en
cas ont été de
largement du
primant sur
sont très rare
mais du déli
psychotique,
femme. La pa
la réalité, et s
pas sensible à
En outre, la
d'autres thème
diagnostic diff
patiente sait p
mais le feint
situation doit
contexte médi
cours de l'év
trouble de p
manifestations
plus absentes
syndromes er
tels que le s
hyperprolactin
pelviennes, res
à l'état gravic

part par un ensemble de manifestations qui accompagnent la grossesse physiologique : arrêt des règles, distension abdominale, croissance mammaire et galactorrhée, perception de mouvements fœtaux, symptômes digestifs (nausées, vomissements, prise de poids, appétit capricieux), et aussi modification du col et croissance utérine. Ce n'est donc pas qu'une impression subjective ou une croyance déréaliste : des modifications somatiques objectivables existent bel et bien. La maladie mentale n'est d'ailleurs pas la règle : la plupart des cas sont diagnostiqués chez des patientes en pleine santé psychologique. Quelques cas ont été décrits chez l'homme, mais ils s'écartent largement du tableau classique, les idées délirantes primant sur les manifestations physiques. Ces cas sont très rares, et il s'agit non pas de pseudocyesis, mais du délire de grossesse, affection de nature psychotique, qui peut survenir également chez la femme. La patiente est alors clairement en dehors de la réalité, et sa conviction de porter un enfant n'est pas sensible à l'argumentation logique du médecin. En outre, la symptomatologie touche fréquemment d'autres thèmes que celui de la maternité. Un autre diagnostic différentiel est la grossesse simulée, où la patiente sait pertinemment qu'elle n'est pas enceinte, mais le feint dans le but d'en tirer avantage. Cette situation doit être suspectée lorsqu'il existe un contexte médico-légal, un manque de coopération au cours de l'évaluation diagnostique ou encore un trouble de personnalité de type antisociale. Les manifestations physiques du pseudocyesis sont de plus absentes - ce qui n'est pas le cas dans certains syndromes endocriniens, qu'il convient d'exclure, tels que le syndrome de galactorrhée-aménorrhée-hyperprolactinémie (GASH) et les tumeurs abdomino-pelviennes, responsables d'une distension comparable à l'état gravide.

La prévalence du pseudocyesis est en diminution dans les sociétés industrialisées, mais ce n'est pas le cas dans les populations de l'hémisphère Sud ; la généralisation d'une prise en charge médicale précoce, l'usage devenu banal des tests de grossesse, ainsi qu'une meilleure connaissance de la médecine dans la population générale y sont sans doute pour quelque chose. Cette prévalence est estimée en France à 0,1 % des grossesses. Elle était dix à vingt fois supérieure au début du siècle. Certains auteurs ont tenté d'établir un parallèle entre la réduction du nombre des cas de pseudocyesis et l'accroissement de l'incidence de l'anorexie mentale, y voyant un déplacement du symptôme – centré sur le corps – lié à une évolution culturelle : le passage progressif d'une société valorisant la fécondité maternelle à une autre qui défie la minceur androgyne. Dans les deux cas, en effet, l'adaptation de la patiente est mauvaise.

Comme celle d'une gestation, la durée habituelle de la maladie est de neuf mois, mais des cas « chroniques » ont été rapportés, avec une évolution sur une plus longue période. Elle peut récidiver, mais ce n'est pas la règle. Le pseudocyesis se rencontre le plus souvent chez des patientes en âge de procréer, mais la survenue avant la ménarche ou après la ménopause est possible. Cette illusion de grossesse ne provient pourtant pas d'une méconnaissance de la maternité : elle se rencontre souvent chez la nullipare, mais bien des femmes étaient déjà mères lors de la survenue des symptômes ! On a tenté de dresser un « profil psychologique » de la patiente prédisposée au pseudocyesis. Celui-ci reste assez flou : il est classiquement plus fréquent chez des femmes décrites comme d'intelligence limitée, avec des problèmes familiaux ou une enfance malheureuse, issues, comme nous l'avons dit, d'un milieu qui valorise la fécondité. Il est toutefois connu depuis longtemps qu'il puisse se développer chez des

femmes d'intel-
un rôle impor-
mais son étio-
d'une part de
et d'autre pa-
difficile de di-
Les dysfoncti-
importante d'
reproductibilit-
hypothèse ex-
souvent implic-
gestérone ; l'a-
lactine, dosée
siologique. C
iatrogène (sec-
exemple) : la
puis renforcer
d'un processus
dit. Malgré ce
mécanisme éti-
par un « cercle
ments tels qu
psyché-soma)
nocebo, pour
modèles explic
on peut suppo
grossesse et la
dent à une mo-
brale. Celle-ci
cette modifica-
(comme on su-
somatique du
l'architecture
comme le rôle
le conditionne
patiente ou c
social et bien

est en diminution
is ce n'est pas le
sphère Sud ; la
médicale précoce,
grossesse, ainsi
médecine dans la
ute pour quelque
n France à 0,1 %
fois supérieure au
nt tenté d'établir
ombre des cas de
e l'incidence de
déplacement du
é à une évolution
ne société valori-
utre qui défie la
x cas, en effet,
aise.

urée habituelle de
des cas « chroni-
évolution sur une
ver, mais ce n'est
ontre le plus sou-
procréer, mais la
ès la ménopause
esse ne provient
de la maternité :
lipare, mais bien
e la survenue des
a « profil psycho-
au pseudocysis.
quement plus fré-
me d'intelligence
x ou une enfance
avons dit, d'un
t toutefois connu
elopper chez des

femmes d'intelligence normale. Le stress semble jouer un rôle important dans la genèse de cette affection, mais son étiologie précise est mal cernée : s'il existe d'une part des anomalies endocriniennes manifestes, et d'autre part une certitude d'être enceinte, il est difficile de différencier la cause de la conséquence. Les dysfonctionnements hormonaux varient de façon importante d'une patiente à l'autre, et ce manque de reproductibilité rend illusoire le développement d'une hypothèse explicative. Les gonadotrophines sont souvent impliquées, ainsi que les œstrogènes et la progestérone ; l'anomalie la plus courante touche la prolactine, dosée à un taux plasmatique supraphysiologique. Cet état peut d'ailleurs être d'origine iatrogène (secondaire à la prise de neuroleptiques, par exemple) : la galactorrhée peut dans ce cas initier, puis renforcer le délire de grossesse – il s'agit donc d'un processus différent du pseudocysis proprement dit. Malgré ces réserves, on peut tenter d'expliquer le mécanisme étiologique de cette grossesse sans enfant par un « cercle vicieux » où interviendraient des éléments tels que la volonté, la psychiagénie (relation psyché-soma) et en quelque sorte l'effet placebo (ou *nocebo*, pour être plus exact). Si l'on applique nos modèles explicatifs de l'effet placebo au pseudocysis, on peut supposer que les premiers symptômes de la grossesse et la conviction d'être enceinte correspondent à une modification de la microarchitecture cérébrale. Celle-ci est alors à l'origine de l'entretien de cette modification somatique qui mime la grossesse (comme on suppose qu'elle est responsable de l'effet somatique du placebo). Dans la modification de l'architecture cérébrale interviennent des facteurs comme le rôle de l'expérience passée – autrement dit le conditionnement : les grossesses antérieures de la patiente ou celles de son entourage –, le contexte social et bien sûr *l'attente* de la patiente. La convic-

tion d'être enceinte est donc là, ainsi que des manifestations physiques tangibles, et parfois même le tableau hormonal complet.

Le traitement du pseudocyesis peut *a priori* paraître très simple. En effet, conséquence surprenante mais somme toute très logique s'il l'on se replace dans l'hypothèse du « cercle vicieux », la révélation à la patiente de son absence de grossesse conduit dans la plupart des cas à la résolution complète du syndrome, ainsi qu'au retour de la prolactine à des valeurs plus basses. L'argumentation doit bien sûr être la plus claire et la plus convainquante possible (les résultats de laboratoire, une échographie, etc.). Il s'agit d'un moment délicat : la nouvelle brutale ou le mode trivial entraîneront dénégation, perte d'estime de soi et sentiment de honte, ce qui peut mener au suicide. Une prise en charge psychiatrique ambulatoire est donc souhaitable pour éviter l'entrée en dépression, ou même la récurrence précoce. Les traitements médicamenteux n'ont peut-être pas leur place ici (on leur préfère souvent l'approche psychothérapeutique) ; ce choix repose également sur la présence d'une éventuelle comorbidité. Certains cas rebelles ont répondu au curetage utérin, comme si la mise en scène d'une interruption volontaire de grossesse – « placebo d'IVG » – était pour ces femmes le seul exorcisme d'un enfant trop désiré.

IV. — Le syndrome de Ferjol

Le syndrome de Ferjol (ou de « Lasthénie de Ferjol ») appartient à la classe des troubles factices. C'est un groupe de pathologies caractérisé par l'imitation de symptômes physiques ou psychologiques. Le syndrome de Ferjol est très rare, et sa première description date de 1963. Cet acronyme est tiré d'une œuvre de l'écrivain français Jules Barbey d'Aurevilly (1808-

1889), intitulé français *Bern* l'héroïne, en *Barbey d'Aur*

Le tableau fiction : une ar verte est fort vaille dans le sont excessive spécifique. Ce anémie ferrip personnalité. des valeurs tr bien tolérée p d'anémies. Ce sang sont car taille anormal guins ; on les mes. En prin oriente le méd l'anémie, mais sont brouillée suppléments v sions, au mom est alors incap à la perturbat tuellement déc sation pour un de routine à la c'est-à-dire la faire saigner, p veineuse le plu tenu, lésions c génital. Il exis se prélève du entraînant un sifie parfois sa

1889), intitulée *Une histoire sans nom*. L'hématologue français Bernard baptisa l'affection du nom de l'héroïne, en hommage à la description saisissante de Barbey d'Aurevilly.

Le tableau classique est en effet très proche de la fiction : une anémie d'origine inconnue, dont la découverte est fortuite, chez une femme (qui souvent travaille dans le milieu paramédical). Les cas masculins sont excessivement rares, et s'écartent du diagnostic spécifique. Celui-ci repose sur la triade de Bernard : anémie ferriprive + automutilation + trouble de la personnalité. Le taux d'hémoglobine peut atteindre des valeurs très basses, car l'anémie est chronique et bien tolérée par la patiente. Il existe différents types d'anémies. Celles qui ont pour origine une perte de sang sont caractérisées par une carence en fer et une taille anormalement petite des globules rouges sanguins ; on les qualifie de *microcytaires* et d'*hypochromes*. En principe, la découverte d'un tel tableau oriente le médecin dans sa recherche de l'étiologie de l'anémie, mais dans le syndrome de Ferjol les cartes sont brouillées : souvent la patiente a déjà reçu des suppléments vitaminiques, du fer, voire des transfusions, au moment où elle est examinée. L'hématologue est alors incapable de trouver une explication logique à la perturbation de l'examen sanguin. Elle est habituellement découverte par hasard, lors d'une hospitalisation pour un autre motif ou à la faveur d'une visite de routine à la médecine du travail. L'automutilation, c'est-à-dire la modalité choisie par la patiente pour se faire saigner, prend des formes très diverses : ponction veineuse le plus souvent, ou artérielle, épistaxis entretenu, lésions des voies digestives basses ou du tractus génital. Il existe des cas plus surprenants : la patiente se prélève du sang, l'hémolyse, puis se le réinjecte, entraînant un tableau d'anémie hémolytique. Elle falsifie parfois sa carte de don de sang afin d'être pré-

levée plus souvent. En fait, l'automutilation peut prendre une multitude de visages, tout dépend de la patiente. La banalisation du travail avec les seringues et des ponctions sanguines, dans le milieu paramédical, explique sans doute l'apparente prépondérance de cette affection chez les infirmières et laborantines, mais ce n'est peut-être qu'un artefact : le suivi médical au travail est plus strict dans cette population que dans la population générale. De nombreux cas ont d'ailleurs été décrits chez des femmes étrangères au milieu de la santé ; il arrive aussi que l'idée de se prélever du sang ait germé à l'occasion d'une hospitalisation. La « personnalité Ferjol » apparaît comme clairement pathologique : femmes froides et solitaires, affichant un apragmatisme sexuel et affectif, exprimant peu leurs sentiments. Certaines sont mariées, mais se sentent insatisfaites : elles n'apprécient pas et ne recherchent guère les relations proches, elles semblent indifférentes aux éloges ou à la critique d'autrui. Au travail, elles sont généralement appréciées pour leur efficacité, mais s'y font peu d'amis. Elles semblent d'ailleurs plus intéressées par l'aspect technique de leur tâche que par l'aspect relationnel, qu'elles n'investissent pas. Cette description correspond parfaitement à la personnalité schizoïde du DSM-IV, et apparaît au début de l'âge adulte. Ces patientes ont parfois des antécédents de toxicomanie, ou des traits histrioniques. Une comparaison intéressante entre le syndrome de Ferjol et l'anorexie mentale a aussi été proposée : la perte de poids est ici remplacée par une chute de l'hémoglobine, avec dissimulation, bonne tolérance, un sentiment de puissance et une large prédominance du sexe féminin. La personnalité de la patiente est également très proche, ainsi que son apragmatisme émotionnel et sexuel.

La prévalence du syndrome de Ferjol est particulièrement ardue à déterminer. Une estimation raison-

nable est infé-
rale. Cette af-
exemple été
vations de la
peut les rasse
(tableau III).
de la seringu
ponction du
d'une jouissa
patiente subi
d'ailleurs dé
neuse parado
devient psych
procure à la
prolonger. D
l'ont souligné
au masochis
découle de la
ne font qu'u
une voie de
on peut relev
commun : ces
dépressif. Co
elles avouent
ment suicida
écarté au pro
aussi *expiato*
tefois pas tou
au second p
Enfin, la syn
sang a de tou
de vie et de
bien sûr plu
manière cycli
est marquée
promesse de
d'une famille

tilation peut
dépend de la
les seringues
u paramédi-
ondérance de
laborantines,
suivi médical
population que
eux cas ont
trangères au
de se préle-
hospitalisa-
comme clai-
et solitaires,
fectif, expri-
ont mariées,
écient pas et
es, elles sem-
que d'autrui.
réciées pour
elles semblent
nique de leur
elles n'inves-
parfaitement
apparaît au
parfois des
its histrioni-
le syndrome
proposée : la
ne chute de
ne tolérance,
rédominance
iente est éga-
matisme émo-

est particu-
ration raison-

nale est inférieure à 0,01 % de la population générale. Cette affection est universelle, des cas ont par exemple été récemment décrits au Japon. Les motivations de la patiente sont difficiles à cerner – on peut les rassembler au minimum en quatre catégories (tableau III). Il y a d'abord une certaine érotisation de la seringue de la part de la malade : la piqûre, la ponction du sang, prennent parfois la dimension d'une jouissance sexuelle. La première fois que la patiente subit un prélèvement de son sang peut d'ailleurs déclencher cette « toxicomanie intraveineuse paradoxale ». Le besoin de perdre du sang devient psychologique puis physique : l'état d'anémie procure à la patiente un plaisir qu'elle cherche à prolonger. D'autre part, comme certains auteurs l'ont souligné, cet autovampirisme peut être comparé au masochisme primaire, endogène, où le plaisir découle de la souffrance, et où victime et bourreau ne font qu'un. L'apragmatisme sexuel trouve donc une voie de sublimation, perversie. Troisièmement, on peut relever dans les cas publiés un autre point commun : ces femmes sont le plus souvent en état dépressif. Comme l'héroïne de Barbey d'Aurevilly, elles avouent parfois se saigner dans un but clairement suicidaire. Le passage à l'acte impulsif est écarté au profit d'une forme plus lente, et peut-être aussi *expiatoire*, d'autolyse. Cet aspect, qui n'est toutefois pas toujours conscient, et l'humeur dépressive au second plan font parler de trouble atypique. Enfin, la symbolique du sang est importante. Le sang a de tout temps porté une image forte, à la fois de vie et de mort. Chez la femme, cette image est bien sûr plus profonde encore ; elle apparaît de manière cyclique dans les pertes menstruelles, où elle est marquée à la fois par des images d'anxiété et de promesse de vie. La patiente est fréquemment issue d'une famille pathologique, où il existe un désé-

quilibre entre un parent très dominateur et un autre effacé, et dont la dynamique est perturbée. Les conduites automutilatoires reviendraient véritablement à « briser les liens du sang ». Aussi le syndrome de Ferjol pourrait-il être expliqué à la fois par un besoin physique (toxicomanie), une intention autodestructrice (« suicide perpétuel »), une forme de sexualité (le masochisme) et aussi un acte symbolique.

Tableau III. — Syndrome de Ferjol : hypothèses étiologiques

[Tiré de I. O. Godfroid, La psychiatrie de la femme. I. Les affections psychiatriques spécifiques au sexe féminin, *Rev. Fr. Gynécol. Obstét.*, 1997, vol. 92, n° 3, p. 159-169.]

1. TOXICOMANIE : La ponction de sang procure du plaisir à la patiente – elle devient incapable de réprimer cet acte compulsif : il y a perte de contrôle.
2. MASOCHISME SEXUEL : La ponction sanguine est douloureuse et érotique à la fois. Le prélèvement prend une dimension orgasmique : paraphilie chez des patientes à la personnalité pathologique.
3. DÉPRESSION ATYPIQUE : La patiente est déprimée, mais parfois incapable de l'exprimer de façon consciente. La perte de sang se rattache à un suicide masqué, plus facilement acceptable par le conscient.
4. SYMBOLE : se vider de son sang, c'est briser les « liens du sang », se venger de sa famille.

Le diagnostic différentiel du syndrome de Ferjol est particulièrement compliqué. Il s'agit généralement d'un diagnostic d'exclusion, le dernier recours lorsque toutes les autres causes d'anémie ont été écartées après une investigation poussée. Le syndrome de Ferjol est en outre fréquemment confondu avec le syndrome de Münchhausen, prototype par excellence du trouble factice. Ici aussi l'acronyme est tiré de la fiction : il fait allusion aux aventures extravagantes du baron Karl Hieronymus von Münchhausen, une figure marquante du folklore germanique. Le bon baron,

qui a réellement enjolivé ses récits fantastiques et par Asher en patients qui signes ou des ques), dans mens médicaux ont parfois p de domicile o ment le corps drome de Fe différence fo Münchhausen, investiguée pa tions inutiles portement est traire, dans patiente est d pas au traitem malade : ses bien sûr des c tes de sang c autant du Fe la simulation, maladie à la r le cas ici.

Le traitem et délicat. On rison pour u d'un schéma traitements m n'auront que l'anémie sera correction plu est inutile, vu de symbole).

et un autre
troubée. Les
ient vérita-
ng ». Aussi
expliqué à la
(manie), une
pépetuel »),
et aussi un

és étiologiques

de la femme.
sexe féminin,
159-169.]

du plaisir à la
cet acte com-

ne est doulou-
nd une dimen-
es à la person-

éprimée, mais
consciente. La
né, plus facile-

les « liens du

ne de Ferjol
généralement
ours lorsque
été écartées
ome de Fer-
avec le syn-
excellence du
iré de la fic-
vagantes du
a, une figure
bon baron,

qui a réellement existé, avait en effet pour habitude d'enjoliver ses exploits, ce qui leur conférait une aura fantastique et invraisemblable. Le nom a été retenu par Asher en 1951 pour caractériser une classe de patients qui produisent de façon intentionnelle des signes ou des symptômes (physiques ou psychologiques), dans l'intention de subir une batterie d'examen médicaux, voire des opérations. Ces patients ont parfois pour habitude de changer fréquemment de domicile ou d'hôpital, afin de duper plus facilement le corps médical. S'il s'agit, tout comme le syndrome de Ferjol, d'un trouble factice, il existe une différence fondamentale : dans le syndrome de Münchhausen, le patient désire que sa pathologie soit investiguée par les médecins ; il recherche les opérations inutiles car la principale motivation de son comportement est de jouer le rôle de malade. Au contraire, dans le syndrome de Ferjol, l'anémie de la patiente est découverte *fortuitement*, elle ne collabore pas au traitement et ne cherche pas à jouer le rôle de malade : ses motivations sont tout autres. Il existe bien sûr des cas de Münchhausen impliquant des pertes de sang chroniques, mais il ne s'agit pas pour autant du Ferjol. Un autre diagnostic différentiel est la simulation, où des patients sains d'esprit imitent la maladie à la recherche d'un bénéfice – ce qui n'est pas le cas ici.

Le traitement de cette affection complexe est long et délicat. On ne peut pas envisager de véritable guérison pour un trouble de la personnalité : il s'agit d'un schéma de fonctionnement immuable, et les traitements médicamenteux ou psychothérapeutiques n'auront que peu d'effet. Dans un premier temps, l'anémie sera corrigée par administration de fer (une correction plus rapide, par transfusion par exemple, est inutile, vu le caractère chronique, et trop chargée de symbole). Ensuite, de façon semblable au traite-

caractères sexuels secondaires (sans compter divers effets indirects lourds de conséquences à long terme, telle l'ostéoporose). Il existe par ailleurs des cas de ménopause précoces, chez la femme jeune, ainsi que des causes iatrogènes : l'ovariectomie chirurgicale, dont les répercussions sont les mêmes physiologiquement, mais dramatiques d'un point de vue psychologique. Nous aborderons également dans ce chapitre les conséquences psychiatriques d'une autre opération courante : l'hystérectomie.

1. La dépression péri-ménopausique. — La date de la ménopause ne peut être déterminée que de manière rétrospective (c'est celle des dernières règles). On a longtemps décrit dans les traités de gynécologie et de psychiatrie un syndrome attribué directement à cette étape de la physiologie féminine, et nommé « mélancolie d'involution ». Cette expression fut introduite par le grand aliéniste allemand Kraepelin pour décrire un premier état dépressif, avec caractéristiques psychotiques, marqué par un sentiment de culpabilité, de l'agitation et des préoccupations somatiques (la mélancolie d'involution figurait encore dans le DSM-II). On lui préféra par la suite la dénomination *dépression post-ménopausique*, mais ça n'y change rien : cette affection n'existe pas. En effet, il n'existe aucun symptôme psychique spécifique à la ménopause, si ce n'est la chute de la libido et l'insomnie.

Dans les années 1960, des études avaient déjà montré qu'il n'y avait aucune différence entre les patientes présentant un premier épisode dépressif avant ou après l'âge de 50 ans. Elles ont été confirmées à maintes reprises depuis, prouvant clairement qu'il n'existe aucun lien direct entre la ménopause et le trouble dépressif majeur. En outre, les symptômes physiques de la ménopause, comme les bouffées de

chaleur et l'atrophie vaginale, ne sont pas non plus corrélés à des symptômes psychiatriques. Les manifestations subjectives qui accompagnent la période post-ménopausique sont d'ailleurs beaucoup plus fréquentes dans les pays de l'Ouest, en comparaison aux autres cultures. Il existe bien sûr des femmes qui débute un épisode dépressif après la ménopause, mais il n'a rien de spécifique, et elles ne sont pas plus nombreuses que celles qui le débute plus tôt. Ces femmes ont par ailleurs la particularité intéressante d'avoir déjà souffert par le passé de dépression – et notamment de la dépression du post-partum –, d'avoir suivi un traitement antidépresseur, ou encore d'avoir développé un syndrome prémenstruel. Une fois de plus, donc, ces différents troubles psychiatriques paraissent liés dans le temps, même s'il n'est pas possible de tirer de conclusion de cette constatation récurrente.

Si tous les travaux sur ce sujet ont clairement montré l'absence de lien entre post-ménopause et dépression, certains ont relevé l'existence d'une propension à la dépression d'intensité modérée dans les cinq années qui précèdent l'arrêt définitif des règles. Les symptômes comporteraient : tristesse, irritabilité, fatigue, insomnie, pertes de mémoire, perte de l'estime de soi et chute de la libido. Une étude épidémiologique a d'autre part souligné le fait que si la période de péri-ménopause (durant laquelle les symptômes physiques sont présents) excède 27 mois, un risque dépressif légèrement accru apparaît. On pourrait donc éventuellement parler de dépression *péri-ménopausique* pour désigner l'ensemble de ces épisodes, sans vouloir en faire un trouble spécifique à part entière. On note d'ailleurs un pic du taux de suicide dans les années péri-ménopausiques chez la femme, pic qui ne se retrouve pas dans la tranche d'âge équivalente chez l'homme. Il serait à mettre en

rapport avec
durant cette
prévalence c
années qui su
du début de
rieure à celle
cet écart int
éléments lais
sible « vulné
l'on étudie d
période, out
on assiste à
cortisol, et
triiodothyron
Il est en out
taux dans le
hypothalamo
qués. L'impac
leurs importa
une image n
interroge à
anticipation
l'intensité de
confirmé par
cultures où l
social, de plu
deau d'un en
et proche-or
est plutôt l'
expression a
pour refléter
femmes, à l'é
marie. L'éma
pas toujours
de la relation
mordial. Ent
économiques

rapport avec une réduction des taux de sérotonine durant cette période. Dans l'ensemble, toutefois, la prévalence des affections psychiatriques dans les années qui suivent la ménopause est inférieure à celle du début de l'âge adulte. Elle reste malgré tout supérieure à celle d'une population masculine (bien que cet écart intersexuel s'estompe avec le temps). Ces éléments laissent donc deviner l'existence d'une possible « vulnérabilité » autour de la ménopause. Si l'on étudie de plus près le climat hormonal de cette période, outre la chute progressive des œstrogènes, on assiste à des fluctuations des taux de prolactine, cortisol, et hormones de l'axe thyroïdien (TSH et triiodothyronine) avec le statut post-ménopausique. Il est en outre possible que les bouleversements brutaux dans les mécanismes de rétroaction de l'axe hypothalamo-hypophysaire soient également impliqués. L'impact du contexte socioculturel est par ailleurs important : 50 % des femmes américaines ont une image négative de la ménopause, lorsqu'on les interroge à diverses périodes de l'âge adulte. Cette anticipation joue vraisemblablement un rôle sur l'intensité de la symptomatologie, c'est d'ailleurs confirmé par l'absence de symptôme dans certaines cultures où l'arrêt de la fécondité est gage de respect social, de plus grande liberté et fait disparaître le fardeau d'un enfant de plus à élever (sociétés indiennes et proche-orientales). Le « syndrome du nid vide » est plutôt l'apanage des pays industrialisés : cette expression a été introduite à la fin des années 1960 pour refléter les problèmes d'adaptation de certaines femmes, à l'âge où un enfant quitte le domicile ou se marie. L'émancipation des enfants n'est malgré tout pas toujours vécue de manière négative. La qualité de la relation avec l'époux est alors un élément primordial. Enfin, les femmes issues de groupes socio-économiques défavorisés ou qui ont reçu une éduca-

tion limitée ont des symptômes plus marqués que les autres.

Les problèmes sexuels sont fréquents après la ménopause. On assiste en effet à une chute de l'intérêt sexuel dans 50 à 75 % des cas. Les symptômes rapportés par les patientes sont de deux ordres : d'une part une réduction de la libido, et d'autre part de la dyspareunie (douleurs lors des rapports sexuels). La dyspareunie est généralement liée à l'atrophie vaginale ou à une vaginite, conséquences de la carence œstrogénique. La chute de la libido, du désir, a vraisemblablement la même origine. On sait à présent qu'il existe au niveau cérébral des récepteurs à œstrogène au niveau du noyau de certains neurones ; leur action va de la modification des liaisons synaptiques à l'expression de certains gènes au niveau du système nerveux central. Dans l'ensemble, les œstrogènes sont tenus pour responsables des comportements reproducteurs, et font du cerveau un véritable « organe sexuel ». Contrairement à l'atrophie vaginale, qui répond favorablement à l'administration locale ou générale de compléments œstrogéniques, la chute de la libido qui suit la ménopause n'est pas améliorée par ce traitement ; son mécanisme est probablement plus complexe qu'il n'y paraît. Les troubles sexuels sont d'ailleurs plus fréquents en présence d'une comorbidité psychiatrique, ou lorsque les relations du couple sont mauvaises. L'insomnie est une autre manifestation fréquente de la période post-ménopausique. On considère qu'elle touche 20 à 40 % des femmes durant cette époque de la vie. Il s'agit surtout d'un allongement de la durée de l'endormissement et des éveils nocturnes plus fréquents, mais pas d'un réveil précoce. Il est cependant difficile de faire la part des choses avec les troubles du sommeil qui surviennent physiologiquement avec l'âge. Les études polysomnographiques révèlent tou-

tefois une m
qui serait la

Le traitem
la péri-méno
sujet à con
d'une substi
efficacité sur
vention des
également u
génitaux. E
inoffensive à
ment encou
niveau de la
Si l'OMS en
tion depuis
s'agit du tra
peu graves.
bien-être de
l'humeur -
claire. On a
tatif dans l'
existe en co
régularisati
patientes su
dépressif est
tion suicida
est de rigue
symptômes,

2. Les c
début des ar
muler en fa
et la malac
« syndrome
présent abu
néoplasie, c
accru d'aff

fois une modification de l'architecture du sommeil qui serait la conséquence du climat hormonal.

Le traitement des manifestations psychiatriques de la péri-ménopause a été beaucoup débattu et reste sujet à controverse, notamment quant à l'utilité d'une substitution hormonale. Celle-ci a prouvé son efficacité sur l'apparition de l'ostéoporose ou la prévention des maladies cardio-vasculaires ; elle joue également un rôle trophique au niveau des organes génitaux. Elle est de plus très vraisemblablement inoffensive à long terme, et son usage est donc largement encouragé. L'utilité de cette démarche au niveau de la santé mentale est moins convainquante. Si l'OMS en déconseille l'utilisation dans cette indication depuis 1981, certains considèrent encore qu'il s'agit du traitement de premier choix pour les cas peu graves. Si la substitution hormonale améliore le bien-être des femmes ménopausées, son action sur l'humeur — bénéfique ou indifférente — n'est pas claire. On a de plus impliqué son composant progestatif dans l'apparition de troubles de l'humeur... Il existe en contrepartie des éléments en faveur d'une régularisation des troubles du sommeil chez les patientes substituées. Dans tous les cas où le tableau dépressif est important, ou en présence d'une idéation suicidaire, le traitement antidépresseur classique est de rigueur. Il n'aura aucun effet sur les autres symptômes, telles les bouffées de chaleur.

2. Les conséquences de l'hystérectomie. — Au début des années 1970, les preuves semblaient s'accumuler en faveur d'une relation entre l'hystérectomie et la maladie mentale, suggérant l'existence d'un « syndrome post-hystérectomie ». Ce lien semble à présent abusif : si l'on écarte les opérations pour néoplasie, cette opération n'entraîne pas un risque accru d'affection mentale. Les études antérieures

apparaissent comme truffées d'erreurs méthodologiques (rétrospectives, incluant des patientes cancéreuses, n'évaluant pas le statut psychiatrique préopératoire, etc.). Il semble en revanche que la patiente anxieuse ou déprimée avant l'opération voie son état mental s'améliorer dans 60 % des cas après celle-ci. Une hypothèse serait la disparition d'un facteur de stress lié aux troubles gynécologiques, mais elle n'est pas confirmée. Il est difficile de situer l'influence du type de chirurgie, mais les techniques qui préservent l'intégrité du vagin sont mieux vécues par les patientes, notamment du point de vue de la vie sexuelle ultérieure.

Les seules femmes pour lesquelles le risque dépressif est plus élevé après l'hystérectomie sont celles qui présentaient certaines affections mentales avant le geste chirurgical : principalement les personnalités histrioniques. Il en va de même pour la psychopathologie : son taux est élevé après l'opération s'il l'était avant. Le « Blues post-hystérectomie » n'existerait donc pas en tant qu'entité spécifique. La somatisation est par contre un processus couramment associé à la sphère gynécologique. Ce sont des cas où les symptômes physiques sont médicalement inexplicables, bien qu'invalidants. La patiente n'est pas consciente de l'origine psychologique de ses plaintes (fréquemment douloureuses), et ne recherche pas de profit (tout comme dans le trouble factice). Le processus est fréquent : 70 % des « patientes psychiatriques » ont initialement présenté des symptômes physiques et ont d'abord consulté leur généraliste à ce sujet. La plainte organique est en outre fréquemment le prélude à la prise en charge en santé mentale. Ces données sont à garder en tête lorsque l'on considère que 12 % des hystérectomies sont pratiquées pour douleur pelvienne chronique. Or cette plainte, fréquente chez la femme, est non seulement

la manifestation
trouve associée
accru : trois à
trouble de l'h
reuses. En d'a
pratiquée chez
restera dépres

éthodologi-
s cancéreu-
e préopéra-
la patiente
ie son état
rès celle-ci.
facteur de
is elle n'est
fluence du
préservent
les patien-
ie sexuelle

que dépres-
t celles qui
s avant le
personnalités
la psycho-
ération s'il
ie » n'exis-
ifique. La
s couram-
e sont des
dicalemt
ente n'est
ue de ses
recherche
le factice).
entes psy-
s symptô-
ur généra-
en outre
e en santé
te lorsque
sont pra-
Or cette
seulement

la manifestation possible d'un état dépressif, mais se trouve associée, dans l'absolu, à un risque dépressif accru : trois à huit patientes sur dix souffrant d'un trouble de l'humeur présentent des plaintes douloureuses. En d'autres termes, si une hystérectomie est pratiquée chez une patiente « qui somatise », celle-ci restera dépressive après l'opération.

Chapitre II

LES AFFECTIONS GÉNÉRALES DONT LE TABLEAU DIFFÈRE CHEZ LA FEMME

A côté des affections spécifiques au sexe féminin, l'autre versant de la psychiatrie de la femme a trait aux multiples variations dans la présentation clinique des troubles mentaux, en comparaison à l'homme. Ces variations touchent l'histoire naturelle de la maladie (âge de début, durée de l'épisode, etc.), la symptomatologie (y compris la sévérité), la réponse au traitement, mais tout d'abord la fréquence. Comme le montrent les tableaux IV et V, la maladie mentale est beaucoup plus fréquente chez le garçon durant l'enfance, tandis qu'à l'âge adulte cette tendance est complètement inversée : près de 46 % des troubles repris dans le DSM-IV sont plus souvent diagnostiqués chez la femme. Dans les troisième et quatrième âges, ces différences s'estompent peu à peu, pour totalement disparaître vers la fin de la vie.

Pourquoi cette prédisposition féminine ? La réponse n'est certainement pas simple et s'articule sur plusieurs axes de réflexion. Les différences entre l'homme et la femme sont multiples et plus complexes qu'il n'y paraît – tout d'abord génétiques, puis biologiques : système hormonal bien distinct, mais aussi organisation cérébrale qui n'est pas exactement la même, et ce,

Ta
des
[Tiré de I. O
affections psych
femme : hypoth
col. *Obstét.*, 19

Répartition par

Sexe masculin p
Sex-ratio équiva
Sex-ratio inconn
Sexe féminin pr

Total

T
des
habit

[Tiré de I. O
Rev. Fr. Gynéc

Répartition par

Sexe féminin pr
Sex-ratio inconn
Sex-ratio équiva
Sexe masculin p

Total

plus encore
maturation c
lité et la psych
ché masculin
le rôle est co
rent. La fem
dans notre c

**Tableau IV. — Répartition par sexe
des affections psychiatriques du DSM-IV
habituellement diagnostiquées
pendant l'enfance ou l'adolescence**

[Tiré de I. O. Godfroid, La psychiatrie de la femme, II : Les affections psychiatriques de fréquence plus élevée chez la femme : hypothèse de l'organisation cérébrale, *Rev. Fr. Gynéc. col. Obstét.*, 1997, vol. 92, n° 4, p. 233-243.]

<i>Répartition par sexe</i>	<i>% approximatif</i>
Sexe masculin prédominant	54
Sex-ratio équivalent	25
Sex-ratio inconnu	11
Sexe féminin prédominant	10
Total	100 %

**Tableau V. — Répartition par sexe
des affections psychiatriques du DSM-IV
habituellement diagnostiquées à l'âge adulte**

[Tiré de I. O. Godfroid, Vers une psychiatrie de la femme, *Rev. Fr. Gynécol. Obstét.*, 1997, vol. 92, n° 3, p. 157-158.]

<i>Répartition par sexe</i>	<i>% approximatif</i>
Sexe féminin prédominant	45,8
Sex-ratio inconnu	26,3
Sex-ratio équivalent	14,4
Sexe masculin prédominant	13,5
Total	100 %

plus encore au niveau de la microarchitecture. La maturation des affects, la construction de la personnalité et la psychodynamique ne sont pas celles de la psyché masculine. En outre, l'environnement social, dont le rôle est connu en psychiatrie, est lui aussi très différent. La femme n'est toujours pas l'égale de l'homme dans notre civilisation, et la discrimination se retrouve

Tableau VI. — Les affections psychiatriques de l'adulte dont la fréquence est plus élevée chez la femme

[Modifié d'après I. O. Godfroid, La psychiatrie de la femme, II : Les affections psychiatriques de fréquence plus élevée chez la femme : hypothèse de l'organisation cérébrale, *Rev. Fr. Gynécol. Obstét.*, 1997, vol. 92, n° 4, p. 233-243.]

Dénomination (DSM-IV)	Ratio Femme/ Homme
<i>Troubles psychotiques</i>	
- Trouble schizoaffectif	? [$\varnothing > \sigma^1$]
- Trouble psychotique induit (« Folie à deux »)	? [$\varnothing > \sigma^1$]
<i>Troubles de l'humeur</i>	
- Trouble dépressif majeur	2/1
- Trouble dysthymique	2-3/1
- Trouble bipolaire (à cycle rapide)	3/1
<i>Troubles anxieux</i>	
- Trouble panique sans agoraphobie	2/1
- Trouble panique avec agoraphobie	3/1
- Agoraphobie sans antécédent de trouble panique	? [$\varnothing > \sigma^1$]
- Phobie spécifique	2/1
- Phobie sociale	3/1
- État de stress post-traumatique	2/1
- Trouble anxieux généralisé	2/1
<i>Troubles somatoformes</i>	
- Trouble somatisation	? [$\varnothing > \sigma^1$]
- Trouble somatoforme indifférencié	? [$\varnothing > \sigma^1$]
- Trouble de conversion	2/1
- Trouble douloureux	? [$\varnothing > \sigma^1$]
<i>Troubles dissociatifs</i>	
- Amnésie dissociative	? [$\varnothing > \sigma^1$]
- Trouble dissociatif de l'identité	3-9/1
- Trouble de dépersonnalisation	? [$\varnothing > \sigma^1$]
<i>Troubles sexuels et troubles de l'identité sexuelle</i>	
- Dysfonctions sexuelles	4/1
<i>Troubles des conduites alimentaires</i>	
- Anorexie mentale	10-20/1
- Boulimie	10/1
<i>Trouble du contrôle des impulsions</i>	
- Kleptomanie	? [$\varnothing > \sigma^1$]
- Trichotillomanie	? [$\varnothing > \sigma^1$]
<i>Troubles de la personnalité</i>	
- Personnalité borderline	? [$\varnothing > \sigma^1$]
- Personnalité histrionique	? [$\varnothing > \sigma^1$]
- Personnalité dépendante	? [$\varnothing > \sigma^1$]
- Personnalité à conduite d'échec*	2/1

* Ne figure plus dans le DSM-IV.

jusque dans l
de traitement
plus de psych
discutable ma
les affections
quence est pl
lopperons le
comme la sch
lesquelles les
ment marqué
de la femme
l'homme.

I. —

1. Le trou
dépression es
l'homme. Ell
que soit la
population é
trouble dépr
l'homme, co
manière plus
de souffrir d
l'âge de 70
atteint 45 %
aucun équiva
sion le plus
monde. Il s'a
le plus d'im
encore que
durée d'hosp

Dans l'en
proche chez
l'adolescence
féminine (ell
trouve quatr

Ratio
Femme/
Homme

? [$\frac{\sigma}{\varphi} > \frac{\sigma}{\sigma}$]

2/1
2-3/1
3/1

2/1
3/1
? [$\frac{\sigma}{\varphi} > \frac{\sigma}{\sigma}$]
2/1
3/1
2/1
2/1

? [$\frac{\sigma}{\varphi} > \frac{\sigma}{\sigma}$]
? [$\frac{\sigma}{\varphi} > \frac{\sigma}{\sigma}$]
2/1
? [$\frac{\sigma}{\varphi} > \frac{\sigma}{\sigma}$]

? [$\frac{\sigma}{\varphi} > \frac{\sigma}{\sigma}$]
3-9/1
? [$\frac{\sigma}{\varphi} > \frac{\sigma}{\sigma}$]

4/1

10-20/1
10/1

? [$\frac{\sigma}{\varphi} > \frac{\sigma}{\sigma}$]
? [$\frac{\sigma}{\varphi} > \frac{\sigma}{\sigma}$]

? [$\frac{\sigma}{\varphi} > \frac{\sigma}{\sigma}$]
? [$\frac{\sigma}{\varphi} > \frac{\sigma}{\sigma}$]
? [$\frac{\sigma}{\varphi} > \frac{\sigma}{\sigma}$]
2/1

jusque dans l'accès aux soins de santé ou dans le type de traitement reçu pour une même affection (deux fois plus de psychotropes prescrits aux femmes, ce qui est discutable malgré la morbidité). Le tableau VI résume les affections psychiatriques de l'adulte dont la fréquence est plus élevée chez la femme. Nous en développerons les principales, à côté d'autres entités, comme la schizophrénie ou le trouble bipolaire, pour lesquelles les différences liées au sexe sont particulièrement marquées. En fait, il n'est pas un trouble mental de la femme qui soit identique à celui observé chez l'homme.

I. — Les troubles de l'humeur

1. **Le trouble dépressif majeur.** — A tout âge, la dépression est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Elle l'est en moyenne deux fois plus, quelle que soit la culture ou l'origine géographique de la population étudiée. La prévalence sur toute la vie du trouble dépressif majeur est de 5 à 12 % pour l'homme, contre 10 à 25 % pour la femme. D'une manière plus frappante encore, la probabilité cumulée de souffrir d'un épisode dépressif entre la naissance et l'âge de 70 ans s'élève à 27 % chez l'homme, mais atteint 45 % chez la femme. De tels chiffres n'ont aucun équivalent en médecine ; ils font de la dépression le plus grand problème de santé publique au monde. Il s'agit en outre de l'affection médicale qui a le plus d'impact sur la vie sociale du malade — plus encore que les affections cardio-vasculaires, dont la durée d'hospitalisation est à peine plus élevée.

Dans l'enfance, le risque dépressif est faible et très proche chez les garçons et les filles. Il s'accroît durant l'adolescence, avec dès le début une prédominance féminine (elle se remarque vers l'âge de 13 ans, et l'on trouve quatre fois plus de troubles de l'humeur chez

la fille durant la puberté en comparaison à la période prépubertaire). Cette prédominance se maintient à l'âge adulte, où le risque est le double de celui de l'homme. Après la ménopause, la tendance s'infléchit et l'on se rapproche des valeurs masculines. La répartition par âge de la dépression répond donc à une courbe convexe chez la femme. Elles ont de surcroît un premier épisode dépressif *plus tôt* dans la vie que les hommes. Le début de l'âge adulte est ainsi une période particulièrement défavorable, et il existe un pic de prévalence chez la femme mariée avec enfant, qui a entre 20 et 40 ans. Il semble aussi que le sex-ratio dans la dépression soit plus marqué pour les affections ayant débuté chez l'adulte jeune. Par la suite, le taux de dépression se réduit avec le vieillissement (la chute débute après l'âge de 50 ans). Si l'on regarde à l'autre bout de la vie, aucune différence n'est décelable dans la prévalence de la dépression dans une population de nonagénaires.

Les variations intersexuelles dans la dépression ne s'arrêtent cependant pas à la fréquence de cette maladie : l'évolution, la présentation, le risque associé, voire le résultat des examens complémentaires peuvent également varier selon le sexe. Plusieurs publications ont avancé l'hypothèse que les femmes souffrent plus fréquemment de récurrences dépressives que les hommes. Une étude récente, qui a suivi une population américaine, confirme en fait que les femmes rechutent plus rapidement que les hommes durant les six premiers mois qui suivent la rémission des symptômes, mais cette différence n'est plus significative sur une plus longue période. La même étude ne trouve pas de variation dans le délai de guérison d'un premier épisode dépressif, même si plusieurs auteurs suggèrent un rétablissement plus lent chez la femme. Certains ont souligné que la symptomatologie dépressive chez cette dernière présente plus souvent

que chez l'ho
reproche, le
femmes aura
plus de sym
mentation de
de l'anxiété e
que les hom
de poids. Da
estiment que
psychométri
rente en fo
« mixte », ne
ces particula
maladie dépr
mais il est d
logie reste d
d'humeur et
mes rapport
mes, mais si
plutôt que p
les s'estomp
risque dépre
varie à son
présentent
variations m
étude a par
symptômes
naient, qu'en
culpabilité, t
l'irritabilité
par contre, l
res de l'adul
et le diagno
débutent ap
que celles qu
plus marqué
de travail qu

n à la période
maintient à
de celui de
nce s'infléchit
es. La répar-
donc à une
nt de surcroît
ns la vie que
est ainsi une
il existe un
avec enfant,
i que le sex-
qué pour les
eune. Par la
e le vieillisse-
ans). Si l'on
ne différence
a dépression

épression ne
ce de cette
risque asso-
plémentaires
e. Plusieurs
les femmes
ces dépressi-
qui a suivi
fait que les
les hommes
la rémission
t plus signi-
même étude
de guérison
si plusieurs
lent chez la
omatologie
plus souvent

que chez l'homme la forme d'idées de culpabilité, de reproche, le sentiment d'avoir commis une faute. Les femmes auraient par ailleurs tendance à présenter plus de symptômes « atypiques », comme l'augmentation de l'appétit et le gain de poids, ainsi que de l'anxiété et des manifestations somatiques – tandis que les hommes tendraient plus à rapporter des pertes de poids. Dans le même ordre d'idée, des chercheurs estiment que les critères de dépression et les échelles psychométriques devraient avoir une version différente en fonction du sexe. Leur forme actuelle, « mixte », ne tiendrait pas suffisamment compte de ces particularités féminines dans l'expression de la maladie dépressive. Ces hypothèses sont intéressantes, mais il est difficile de les confirmer. La symptomatologie reste dominée dans les deux sexes par la tristesse d'humeur et la perte du plaisir... On sait que les femmes rapportent une plus grande variété de symptômes, mais si leur sévérité est cotée par un médecin plutôt que par la patiente, les différences intersexuelles s'estompent. Parallèlement à l'accroissement du risque dépressif avec l'âge, la sémiologie dépressive varie à son tour avec le vieillissement : les enfants présentent moins de formes mélancoliques et de variations nyctémérales que les adolescents. Une étude a par exemple prouvé qu'entre 11 et 12 ans les symptômes « mutisme » et « perte d'espoir » dominaient, qu'entre 13 et 14 c'était la perte de poids et la culpabilité, tandis qu'entre 15 et 16 ans il s'agissait de l'irritabilité et de l'agitation. Chez la personne âgée, par contre, la symptomatologie se fait fruste, les critères de l'adulte jeune ne sont plus d'application stricte, et le diagnostic est plus difficile. Les dépressions qui débutent après 40 ans ont un pronostic plus sombre que celles qui débutent avant, et cette particularité est plus marquée encore chez la femme. Les incapacités de travail qui y sont liées sont plus nombreuses chez

ces dernières, mais de durée moindre que pour les hommes. Il semble enfin que les facteurs qui déclenchent la dépression puissent varier selon le sexe. Plusieurs auteurs ont rapporté une plus grande susceptibilité des femmes à développer un épisode dépressif majeur après un événement de vie stressant, qu'il se rattache à leur propre vie, ou à celle de leur entourage. Les expériences infantiles représentent, en outre, bien plus souvent chez la femme des facteurs prédisposants de la dépression : avant tout les « traits névrotiques », la mauvaise relation avec la mère, et la maltraitance. L'influence saisonnière est, quant à elle, trois fois plus marquée dans le sexe féminin.

Des données de l'étude américaine *Epidemiologic Catchment Area* (l'une des plus vastes jamais réalisées d'un point de vue épidémiologique), suggèrent que les femmes déprimées présentent une comorbidité plus importante que celle des hommes. Déjà chez les jeunes filles déprimées, on retrouve les troubles des conduites et l'opposition parmi les affections psychiatriques associées, mais peu l'anxiété. A l'âge adulte, il a été prouvé que la femme déprimée a plus de risque qu'un homme de souffrir de boulimie ou de phobie simple, alors que l'homme a un plus grand risque d'éthylisme ou de toxicophilie. Ce dernier a trois fois moins de troubles anxieux associés (notamment le trouble panique, qui accompagne fréquemment la dépression chez la femme). La comorbidité diffère aussi au niveau des affections médicales, avec une prévalence plus élevée des maladies thyroïdiennes et de la migraine chez la déprimée. Enfin, les femmes ont trois fois plus de dépression combinée que les hommes (c'est-à-dire, dépression majeure + dépression récurrente brève).

L'électroencéphalogramme, qui prend sa forme adulte dès l'âge de 10 à 12 ans, présenterait déjà, selon certains chercheurs, des variations entre les

sexes chez le
controversée.
est clair que le
femmes : à la
res différent.
l'EEG révèle q
« δ » que les
surtout dans
concernent n
nombreuses c
Ici aussi, il e
pent avec l'âg
en psychiatrie
fonction du s
selon que la p
pause.

Le suicide
quentes du tr
tative de sui
femme, mais
l'homme. Les
les hommes p
pendaison, d
xication médi
risque suicida
hommes prés
mais de façon
ronnement cu
Chine, par e
beaucoup plu
classes d'âge.

2. Le trou
mique est un
sion, mais av
fond et une p
pourrait le d

que pour les
s qui déclen-
le sexe. Plu-
nde suscepti-
ode dépressif
sant, qu'il se
leur entou-
ent, en outre,
cteurs prédis-
les « traits
à mère, et la
quant à elle,
inin.

Epidemiologic
mais réalisées
èrent que les
orbidité plus
chez les jeu-
troubles des
ons psychia-
âge adulte, il
us de risque
u de phobie
grand risque
a trois fois
otamment le
uemment la
idité diffère
s, avec une
oiennes et
les femmes
née que les
e + dépres-

l sa forme
terrait déjà,
s entre les

sexes chez le sujet sain – bien que cette donnée soit controversée. Chez l'adulte déprimé, en revanche, il est clair que les tracés sont différents entre hommes et femmes : à la fois l'incidence et l'amplitude des mesures diffèrent. Utilisé dans les examens du sommeil, l'EEG révèle que les femmes ont plus d'activité « β » et « δ » que les hommes, et de plus grandes amplitudes, surtout dans l'hémisphère droit. Ces anomalies concernent majoritairement les ondes lentes (plus nombreuses chez la femme), et peut-être le stade *REM*. Ici aussi, il est possible que ces différences s'estompent avec l'âge. Autre examen complémentaire utilisé en psychiatrie, le test au TRH doit être interprété en fonction du sexe, et dans le sexe féminin lui-même, selon que la patiente se situe avant ou après la ménopause.

Le suicide est l'une des complications les plus fréquentes du trouble dépressif majeur. Le taux de tentative de suicide est largement plus élevé chez la femme, mais une majorité de ceux-ci sont réussis chez l'homme. Les modalités choisies diffèrent également : les hommes privilégient le suicide violent (arme à feu, pendaison, défenestration, etc.) ; les femmes, l'intoxication médicamenteuse. Chez la personne âgée, le risque suicidaire est accru quel que soit le sexe ; les hommes présentent toujours le plus grand risque, mais de façon moins marquée qu'auparavant. L'environnement culturel peut également jouer un rôle : en Chine, par exemple, les taux de suicide réussi sont beaucoup plus élevés chez la femme, dans toutes les classes d'âge.

2. Le trouble dysthymique. — Le trouble dysthymique est une affection qui ressemble à la dépression, mais avec un caractère de sévérité moins profond et une plus grande variabilité du symptôme. On pourrait le définir comme une forme de dysphorie

chronique ; il est en moyenne deux à trois fois plus fréquent chez la femme. L'humeur triste est présente de manière récurrente, mais parfois le sujet en a peu conscience. Il rapporte plus fréquemment des modifications de l'appétit, du sommeil, un sentiment de fatigue accompagné de difficultés à se concentrer, ainsi qu'une mauvaise estime de soi et une perte d'espoir.

Ce diagnostic a connu un changement de catégorie ces dernières années : son aspect chronique l'avait d'abord rangé parmi les troubles de la personnalité, mais les similitudes avec les troubles de l'humeur et surtout sa réponse aux traitements antidépresseurs l'ont rapproché de la dépression. Il y est parfois associé : on appelle « dépression double » un trouble dépressif majeur survenant dans un contexte de dysthymie sous-jacent (ce qui représenterait un quart à la moitié des cas). Cette dépression double est elle aussi plus fréquente chez la femme. Outre le tableau clinique, la dysthymie s'écarte de la dépression par un âge de début qui peut être plus précoce : entre 6 à 13 ans.

3. Le trouble bipolaire. — *Trouble bipolaire* est la dénomination moderne de la « maniaco-dépression ». Cette appellation rend bien compte de l'expression clinique de la maladie, où l'humeur du patient est tour à tour dominée par l'un des deux pôles de la thymie : la tristesse et une forme de griserie démesurée. En fait, on distingue deux formes de trouble bipolaire en fonction de l'intensité de cette dernière phase : le type I, dans lequel la dépression alterne avec des phases maniaques complètes, et le type II, où la modification du comportement est de moindre importance – on parle d'« hypomanie ». Durant une phase maniaque, l'humeur de la patiente est anormalement élevée, elle dort moins car elle n'en ressent

plus le besoin, de nombreux p
listes. C'est un
la patiente éprou
de s'intéresser
tible) : les suje
ment élevé, c'
est augmentée
dans des acti
bles, hyperact
ration du com
épisode hypor
de mener une
est clairement
qu'elle puisse
entreprise con
focaliser tout
sans besoin d
fessionnel ! L
blable à un tr

On croyait
élevée chez la
dans les deux
vie). Toutefois
laquelle manie
prochée –, la
multipliée par
même si l'on
touchant les a
et hypothala
prescription
crits chez la
une phase ma
est possible d
la forme part
par excellenc
d'épisodes ma

trois fois plus
est présente
sujet en a peu
at des modifi-
sentiment de
e concentrer,
et une perte

ent de caté-
ct chronique
de la person-
troubles de
tements anti-
sion. Il y est
double » un
un contexte
ésenterait un
sion double
me. Outre le
de la dépres-
plus précoce :

olaire est la
dépression ».
l'expression
patient est
pôles de la
riserie déme-
s de trouble
ette dernière
sion alterne
t le type II,
de moindre
Durant une
est anorma-
n'en ressent

plus le besoin, et son esprit échafaude en permanence de nombreux projets grandioses, plus ou moins déréalistes. C'est une période bien limitée dans le temps où la patiente éprouve le besoin de parler constamment, de s'intéresser à tout (au point d'être très distractable) : les sujets se succèdent à un rythme incroyablement élevé, c'est la « fuite des idées ». L'estime de soi est augmentée, et la patiente s'engage fréquemment dans des activités inconsidérées (achats déraisonnables, hyperactivité sexuelle, etc.). Parfois la déstructuration du comportement est très importante. Dans un épisode hypomane, par contre, la patiente est capable de mener une vie relativement normale, même si elle est clairement différente de son état habituel. Il arrive qu'elle puisse mettre à profit cette énergie dans une entreprise constructive : la capacité des hypomanes de focaliser toutes leurs compétences sur un objectif, sans besoin de repos, facilite souvent leur trajet professionnel ! L'épisode dépressif est, quant à lui, semblable à un trouble classique.

On croyait la prévalence du trouble bipolaire plus élevée chez la femme, mais elle est en fait équivalente dans les deux sexes (le risque est de 1 % sur toute la vie). Toutefois, dans la forme à cycle rapide – dans laquelle manie et dépression alternent de manière rapprochée –, la femme domine le diagnostic (fréquence multipliée par trois). Les raisons en sont inconnues, même si l'on a impliqué des différences intersexuelles touchant les axes hypothalamo-hypophysio-thyroïdien et hypothalamo-hypothyso-gonadique, ainsi que la prescription des antidépresseurs (plus souvent prescrits chez la femme, alors qu'ils peuvent déclencher une phase maniaque). Comme pour la dépression, il est possible de relever d'importantes différences dans la forme partagée par les deux sexes. Les femmes ont par excellence plus d'épisodes dépressifs et moins d'épisodes maniaques que les hommes. Elles ont par

ailleurs plus fréquemment une forme « mixte » (dans laquelle on retrouve en même temps des caractéristiques dépressives et maniaques). En outre, parmi les épisodes maniaques, les femmes ont plus d'épisodes de manie dysphorique. L'âge de début de la maladie diffère également, le trouble bipolaire chez la femme survenant plus souvent que chez l'homme entre 45 et 49 ans.

Nous avons déjà évoqué dans le chapitre I les relations entre le trouble bipolaire et le syndrome prémenstruel. Celui-ci serait plus sévère chez les femmes souffrant de la forme à cycle rapide. D'autre part, la période du post-partum favorise la décompensation de la maniaco-dépression. Environ un quart de ces femmes rechuteront après avoir accouché, et devront être hospitalisées. Le taux de récurrence s'élève à 50 % à la grossesse suivante. A l'autre bout du cycle reproducteur, on a peu d'information sur l'effet de l'après-ménopause sur l'évolution de la maladie. Selon certains auteurs, il n'y en aurait pas ; selon d'autres, il s'agirait d'une période propice pour la conversion du trouble bipolaire en sa forme « circulaire continue », où manie et dépression alternent sans retour à l'état d'euthymie.

II. — Les troubles psychotiques

Les psychoses sont caractérisées par une altération profonde du rapport à la réalité. Cela se traduit tant dans la pensée (idées délirantes, incohérence du discours), les perceptions (hallucinations auditives, visuelles), que dans le comportement général du patient (apragmatisme, repli sur soi, ou au contraire comportement désorganisé). La forme la plus courante est la schizophrénie.

Les différences intersexuelles qui touchent la schizophrénie sont connues depuis le début du XX^e siècle,

avec les trava
lence générale
sexes : on l'es
Les psychoses
quence maxi
décennie puis
accélération d
(fig. 4). L'âge
grande différe
apparaît plus
deux à dix an
sieurs explica
effets hormon
ou encore le
sance beauco
toutefois une
(vers 40-45 an



mixte » (dans
es caractéristi-
tre, parmi les
s d'épisodes de
de la maladie
chez la femme
ne entre 45 et

bitre I les rela-
le syndrome
chez les fem-
pide. D'autre
ise la décom-
Environ un
avoir accou-
ux de récive
A l'autre bout
ormation sur
olution de la
n aurait pas ;
propice pour
a forme « cir-
sion alternent

ne altération
e traduit tant
ohérence du
ns auditives,
général du
au contraire
la plus cou-

chent la schi-
du xx^e siècle,

avec les travaux de l'Allemand Kraepelin. Sa prévalence générale est toutefois identique dans les deux sexes : on l'estime à 1 % de la population mondiale. Les psychoses sont rares avant la puberté ; leur fréquence maximale se retrouve dans la seconde décennie puis diminue progressivement, avec une accélération de cette chute dès la cinquième décennie (fig. 4). L'âge de début de la maladie est la première grande différence entre les sexes. La schizophrénie apparaît plus tôt chez les hommes : en moyenne deux à dix ans plus tôt que chez les femmes. Plusieurs explications ont été proposées, comme des effets hormonaux différents, des anomalies cérébrales ou encore le taux d'accidents obstétricaux à la naissance beaucoup plus élevé chez le garçon. Il existe toutefois une forme de schizophrénie à début tardif (vers 40-45 ans) qui, elle, est près de deux fois plus

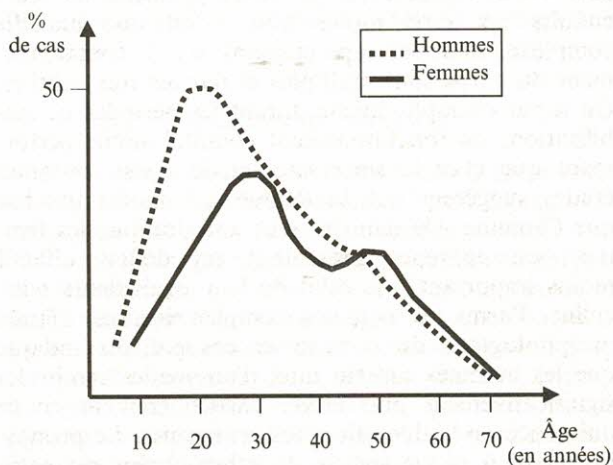


Fig. 4. — Variations intersexuelles touchant l'âge de début de la schizophrénie.

fréquente chez la femme. Parmi les patients admis à l'hôpital pour un premier épisode de schizophrénie, les femmes ont d'emblée un meilleur pronostic. En effet, ces dernières présentent plus souvent des formes moins graves, comme les types « paranoïde » ou « désorganisé ». D'autre part, la symptomatologie peut différer d'un sexe à l'autre. On distingue dans la schizophrénie deux types de symptômes : les « positifs » (c'est-à-dire les productifs : idées délirantes, hallucinations...), et les « négatifs » (c'est-à-dire les non-productifs : indifférence, repli sur soi, abrasion des sentiments...). Les femmes présentent plus de symptômes positifs et moins de symptômes négatifs que les hommes (ce qui est plutôt de bon pronostic, car les médications neuroleptiques agissent principalement sur les manifestations positives). Dans un autre domaine, si la fertilité des schizophrènes est réduite dans les deux sexes, elle l'est trois fois plus chez l'homme, et le développement de leurs enfants est aussi moins bon. C'est une maladie complexe, dont les répercussions sur le fonctionnement du corps sont multiples et parfois très subtiles. On a par exemple, même durant les périodes de stabilisation, un fonctionnement cognitif moins performant que chez le sujet sain, et, là aussi, certaines études suggèrent que la femme soit moins touchée que l'homme. De manière plus anecdotique, les femmes schizophrènes présentent un déficit olfactif moins important que celui de leur équivalents masculins. Parmi les examens complémentaires, l'étude morphologique du cerveau de ces patients indique que les hommes ont un taux d'anomalies cérébrales significativement plus élevé, particulièrement en ce qui concerne la dilatation des ventricules. Le pronostic relatif à la vie sociale du schizophrène est enfin bien meilleur chez la femme : même à sévérité égale, les femmes présentent moins de répercussions de leur

maladie que
(leur *fonct*
d'emblée me
leurs études
mènent une
hommes. La
phrénie pou

Parmi les
est plus fréq
particulière
comporte à l
les caractéris
sion ou ma
« folie à deu
sexe féminin
saine, qui vi
présente des
convictions
couple, mais
(on a ainsi r
des sœurs).

III

Les troub
rité plus fréq
ces affection

L'attaque
de l'anxiété,
temps. Il s'a
transpiration
souvent l'im
qui provien
larynx), des
ment de mo
contrôle de s
pagner les sy

tients admis à
schizophrénie,
pronostic. En
uvent des for-
paranoïde » ou
symptomatologie
distingue dans
symptômes : les
idées déliran-
» (c'est-à-dire
sur soi, abra-
présentent plus
symptômes négat-
t de bon pro-
tiques agissent
ns positives).
es schizophré-
est trois fois
ment de leurs
une maladie
le fonctionne-
s très subtiles.
riodes de sta-
moins perfor-
ssi, certaines
moins touchée
ique, les fem-
éficit olfactif
ivalentes mas-
taires, l'étude
tients indique
ies cérébrales
ement en ce
s. Le pronos-
ène est enfin
sévérité égale,
ssions de leur

maladie que les hommes sur la qualité de leur vie (leur *fonctionnement prémorbide* est d'ailleurs d'emblée meilleur). Elles finissent aussi plus souvent leurs études, trouvent un emploi, se marient et mènent une vie socioaffective plus équilibrée que les hommes. La transmission familiale de la schizophrénie pourrait enfin différer avec le sexe.

Parmi les autres psychoses, le trouble schizoaffectif est plus fréquent chez la femme. Il s'agit d'une forme particulière au cours de laquelle la symptomatologie comporte à la fois des manifestations psychotiques et les caractéristiques des troubles de l'humeur (dépression ou manie). Le trouble psychotique induit (ou « folie à deux ») est également plus fréquent dans le sexe féminin. Dans ces cas fort rares, une personne saine, qui vit en relation étroite avec une autre qui présente des idées délirantes, finit par partager les convictions de celle-ci. Il s'agit le plus souvent d'un couple, mais parfois la contagion est plus importante (on a ainsi rapporté un cas de « folie à quatre » chez des sœurs).

III. — Les troubles anxieux

Les troubles anxieux sont dans leur grande majorité plus fréquents chez la femme. Pour la plupart de ces affections, le risque est multiplié par deux.

L'attaque de panique est une manifestation brutale de l'anxiété, durant une période bien délimitée de temps. Il s'agit d'un malaise intense, accompagné de transpirations, de palpitations, d'essoufflement (avec souvent l'impression d'une « boule dans la gorge », qui provient d'une constriction des muscles du larynx), des nausées, du vertige, ainsi que d'un sentiment de mort imminente ou une peur de perdre le contrôle de soi. Une sensation d'irréalité peut accompagner les symptômes. L'attaque survient soit dans le

cadre d'un trouble panique *sans* agoraphobie (ratio femme/homme = 2/1), soit d'un trouble panique *avec* agoraphobie (ratio = 3/1). L'agoraphobie est un sentiment d'anxiété qui survient lorsque la patiente se retrouve dans un endroit où il serait gênant de déclencher une attaque de panique (cinéma, restaurant, etc.), ou dans une foule, une file d'attente (à la banque, à la poste), ou dans un grand espace, tel un lieu public (d'où le nom) – loin du domicile protecteur, donc. Les femmes ont non seulement plus de risque que les hommes de souffrir de panique avec agoraphobie, mais leur risque est aussi plus grand de subir une récurrence des symptômes paniques dans les six mois qui suivent la rémission d'un épisode. On assiste aussi à une aggravation prémenstruelle des attaques. La grossesse pourrait protéger des symptômes paniques, mais elle les exacerberait chez certaines femmes. Parmi les patients souffrant du trouble panique, les femmes ont toutefois un plus faible taux d'abus d'alcool. De façon remarquable, les hommes agoraphobes consultent plus souvent leur médecin que les femmes.

La phobie simple est deux fois plus fréquente dans le sexe féminin (prévalence sur six mois de 9 %, contre 4 % chez l'homme). Il s'agit d'un sentiment de peur disproportionné qui survient dans certaines situations bien précises (en présence de certains animaux, comme les araignées, durant un orage, dans les endroits exigus, en hauteur, en présence de sang, etc.). Lorsque la patiente est confrontée à l'objet ou la situation phobique, l'anxiété apparaît et peut même prendre la forme d'une attaque de panique, et ce, bien que la personne reconnaisse le caractère irrationnel de sa peur lorsqu'elle y est confrontée. Elle mettra toutefois tout en œuvre pour éviter la situation phobogène, et cela peut parfois perturber de façon importante son mode de vie. Les objets de phobie sont les mêmes chez

l'homme et la
la peur resser
nière.

La phobie
patient qui en
les il pourrai
embarrassant
quement la p
cas très gra
d'anxiété, con
sation ou d'a
de la phobie
survenir, et la
dément pertu
toute la vie d
la population
femmes.

L'état de
qué dans la
frontées à un
développent
contre 19 %
deux fois plu
dure plus lon
tent toujours
85 % sont de
le cycle men

Le trouble
dans laquelle
permanent, s
plus vague c
pagne d'un s
tension musc
concentration
une année,
à 2,4 % des l
n'existerait p

graphobie (ratio
ble panique avec
bie est un senti-
la patiente se
rait gênant de
cinéma, restau-
d'attente (à la
espace, tel un
omicile protec-
lement plus de
panique avec
plus grand de
paniques dans
un épisode. On
menstruelle des
er des symptô-
chez certaines
du trouble
plus faible taux
e, les hommes
leur médecin

fréquente dans
de 9 %, contre
iment de peur
ines situations
maux, comme
s endroits exi-
). Lorsque la
situation pho-
ne prendre la
en que la per-
el de sa peur
toutefois tout
ogène, et cela
te son mode
mêmes chez

l'homme et la femme, mais il semble que l'intensité de la peur ressentie soit plus importante chez cette dernière.

La phobie sociale constitue une classe distincte. Le patient qui en souffre évite les situations dans lesquelles il pourrait être amené à se comporter de façon embarrassante ou même se sentir humilié. C'est typiquement la peur de parler en public. Dans certains cas très graves, tout contact social est source d'anxiété, comme le simple fait d'entamer une conversation ou d'aborder un inconnu. Comme dans le cas de la phobie simple, des attaques de panique peuvent survenir, et la qualité de vie du sujet peut être profondément perturbée. On estime que la prévalence sur toute la vie de la phobie sociale s'élève à 2, 4 % dans la population générale, et 70 % de ces cas sont des femmes.

L'état de stress post-traumatique a déjà été évoqué dans la psychopathologie de la maternité. Confrontées à un événement traumatisant, les femmes le développent plus souvent que les hommes (31 % contre 19 %). Son incidence générale est surtout deux fois plus élevée dans le sexe féminin, où il perdure plus longtemps : parmi les patients qui présentent toujours des symptômes un an après les faits, 85 % sont des femmes. Ceux-ci peuvent fluctuer avec le cycle menstruel.

Le trouble anxieux généralisé est une affection dans laquelle le sujet éprouve un sentiment de peur permanent, sans objet bien précis (ou alors beaucoup plus vague que dans la phobie). La peur s'accompagne d'un sentiment de malaise chronique (fatigue, tension musculaire), d'irritabilité, de difficultés de concentration et d'une perturbation du sommeil. Sur une année, le trouble anxieux généralisé touche 1 à 2,4 % des hommes contre 2,4 à 5 % des femmes. Il n'existerait pas d'autre différence intersexuelle, si ce

n'est que la dysthymie y est plus fréquemment associée chez la femme.

Le trouble obsessionnel-compulsif n'est, quant à lui, pas plus fréquent dans l'un des sexes. Il est caractérisé par l'apparition d'idées intrusives, source d'anxiété, dont le patient cherche à se débarrasser par des comportements stéréotypés, qu'il se sent obligé de réaliser (comptages, vérifications, lavages). Ce trouble survient plus précocement chez l'homme que chez la femme. Selon certaines études, plus de 50 % des patientes qui en souffrent l'ont débuté durant leur première grossesse. Le contenu de l'idéation obsessionnelle est aussi différent d'un sexe à l'autre : la propreté, la peur de la contamination et les rituels de lavage prédominent chez la femme, tandis que la préoccupation par la symétrie, l'exactitude et les thèmes sexuels sont plus souvent retrouvés chez les hommes. Le trouble obsessionnel-compulsif est également plus fréquemment associé à la dépression, au trouble des conduites alimentaires et à la trichotillomanie dans le sexe féminin, qui domine déjà tous ces diagnostics. Le pronostic serait moins favorable chez les hommes (réponse inférieure au traitement, et durée prolongée des symptômes), tout comme leur intégration sociale, et certaines études suggèrent un mécanisme pathophysiologique différent selon le sexe.

IV. — Les troubles de la personnalité

Le trouble de la personnalité est une conception complètement différente de celle des autres maladies mentales : il ne s'agit pas ici d'un « accident de parcours », un épisode aigu qui ponctue un continuum psychologique « sain », c'est plutôt un type de fonctionnement perturbé de manière permanente, profondément enraciné dans la personnalité du patient. Les conduites sont altérées de manière chronique, et cela

peut se manifester généralement ou encore la personnalité des personnels soignants de la personne souffrante. Un mauvais exemple se manifeste de l'âge adulte de la population.

Le sex-ratio est beaucoup différent au DSM-III de la santé mentale d'un groupe de personnes reconnaît différentes catégories, à « non spécifique » dans l'ensemble, la question est la même : pousse l'analyse possible de D'une manière ont démontré traits pathologiques hommes. L'origine que certains plus particulièrement C'est le cas par un mode de une quête d' souffre présente toutes situations dominé par la nelle. C'est la disparu des ont toutefois

fréquemment

est, quant à
s. Il est caracté-
risé, source
de gêne par
sent obligé de
(s). Ce trouble
est que chez la
de 50 % des
durant leur
évolution obses-
sive à l'autre : la
des rituels de
et tandis que la
de et les thè-
chez les hom-
est également
n, au trouble
de l'otitillomanie
tous ces dia-
gnostiques sont
très fréquents chez les
femmes, et durées
plus longues que
leur intégration
dans un méca-
nisme du sexe.

Personnalité

La conception
des troubles mentaux
est en fait un
continuum
de type de fonc-
tionnement, profon-
dément affecté
patient. Les
critères, et cela

peut se manifester à différents niveaux : le comporte-
ment général, les émotions, la cognition, la perception
ou encore la psychodynamique. Les rapports inter-
personnels sont fréquemment perturbés par le trouble
de la personnalité, et il existe dans de nombreux cas
un mauvais contrôle des impulsions. C'est un état qui
se manifeste vers la fin de l'adolescence, ou au début
de l'âge adulte, et qui touche environ 10 % de la
population.

Le sex-ratio des troubles de la personnalité a été
beaucoup discuté. On avait en son temps reproché
au DSM-III d'être *gender-biaisé*, les femmes en bonne
santé mentale étant trop fréquemment classées dans
un groupe de personnalités pathologiques. Le DSM-IV
reconnait dix troubles possibles, classés en trois
catégories, ainsi qu'un trouble de la personnalité
« non spécifié » (pour les cas n'entrant pas parfaite-
ment dans l'un des dix autres diagnostics). Dans
l'ensemble, la fréquence des personnalités pathologi-
ques est la même dans les deux sexes. Lorsque l'on
pousse l'analyse un peu plus loin, il est cependant
possible de mettre en évidence quelques différences.
D'une manière générale, les études épidémiologiques
ont démontré qu'il existe entre 31 et 40 ans plus de
traits pathologiques chez les femmes que chez les
hommes. L'ensemble de la littérature médicale sug-
gère que certains troubles de la personnalité soient
plus particulièrement diagnostiqués chez la femme.
C'est le cas de la personnalité histrionique, marquée
par un mode de réponses émotionnelles excessives et
une quête d'attention perpétuelle. La patiente qui en
souffre présente le besoin d'être le centre d'intérêt en
toutes situations et son comportement, séducteur, est
dominé par la théâtralisation et la labilité émotion-
nelle. C'est la version moderne de l'« hystérie », qui a
disparu des traités de psychiatrie. Certains auteurs
ont toutefois souligné que les critères diagnostiques

de cette affection étaient inadaptés au sexe féminin, et que la prédominance chez la femme ne reflétait pas la réalité. Cela rejoint la volonté de certains d'adapter les critères diagnostiques au sexe du patient. Les types de personnalité *dépendante*, *évitante* et *borderline* sont également plus fréquents chez la femme. Le premier est caractérisé par le besoin chronique d'être rassuré ou conseillé, l'incapacité à rester seul ou d'initier des projets de la vie courante de façon indépendante. La personnalité évitante rappelle la phobie sociale : le sujet adapte son comportement en fonction de sa crainte de la critique et de son sentiment de dévalorisation. Il sera particulièrement réticent à prendre des risques et évite les situations sociales où il se sentirait exposé à l'humiliation ou à la moquerie. La personnalité borderline (« limite ») est plus proche de la personnalité histrionique. Elle est marquée par une déstructuration importante du comportement : impulsivité, instabilité affective et émotionnelle, passages à l'acte fréquents. La personnalité borderline a d'énormes difficultés à accepter les abandons, qu'ils soient réels ou non ; sa plus grande caractéristique, dans ses relations avec les autres, est une alternance entre des sentiments très positifs et très négatifs envers la même personne, parfois de manière très rapide – il s'agit certainement de l'un des troubles de la personnalité les plus difficiles à gérer pour le clinicien. Ce groupe de pathologies peut bien sûr se compliquer d'une comorbidité aiguë. Par exemple, on retrouve chez les hommes déprimés une plus grande fréquence des personnalités antisociales, narcissiques et obsessionnelle-compulsives. La personnalité à conduite d'échec a disparu de la quatrième édition du DSM. Elle était caractérisée par une estime de soi particulièrement mauvaise, qui conduit le patient à entamer systématiquement des activités qu'il lui sera impossible d'achever, ou qu'il sera incapable

d'honorer. La p
fréquente chez
table à des acq
comportement
les meurtrières
de schizophrén
en comparaiso

V. —

Les variation
sont peu nomb
dies qui appar
de la plupart
s'émousser, ne
incomplets, ce
déconcertant. I
sible des facult
population. Ce
étapes d'aggra
démence d'ori
continue – c'e
forme de loim
cognitive touch
souvenirs les p
capacités motr
pensée. En fait
de toutes les
« désapprentiss
jusqu'aux fonc
nourrir, march
est mise en ra
neurotoxique,
associés à d'au
pas de différen

La maladie
facteurs de ris

d'honorer. La personnalité à conduite d'échec est plus fréquente chez la femme, et cela ne semble pas imputable à des acquis culturels. En corollaire, alors que le comportement homicide est très rare chez la femme, les meurtrières ont un risque décuplé d'être atteintes de schizophrénie ou d'un trouble de la personnalité, en comparaison aux assassins de sexe masculin.

V. — Les troubles cognitifs

Les variations intersexuelles touchant les démences sont peu nombreuses. Il s'agit d'une classe de maladies qui apparaît à l'âge où le caractère dramatique de la plupart des affections psychiatriques semble s'éteindre, ne laissant au clinicien que des tableaux incomplets, ce qui rend le diagnostic malaisé et déconcertant. La démence est une destruction irréversible des facultés intellectuelles qui touche 15 % de la population. Celle-ci peut-être brutale et procéder en étapes d'aggravation successives (comme dans la démence d'origine vasculaire), ou progressive et continue — c'est le cas de la maladie d'Alzheimer, forme de loin la plus habituelle. La détérioration cognitive touche la mémoire, en commençant par les souvenirs les plus récents, mais aussi le langage, les capacités motrices et de reconnaissance, ainsi que la pensée. En fait, on assiste à un *effacement* progressif de toutes les facultés de l'individu, une espèce de « désapprentissage » à l'issue duquel le malade oublie jusqu'aux fonctions les plus essentielles (comment se nourrir, marcher, uriner, etc.). Cette symptomatologie est mise en rapport avec des dépôts d'une protéine neurotoxique, la β -amyloïde, au niveau cérébral, associés à d'autres anomalies histologiques. Il n'existe pas de différence intersexuelle à ce niveau.

La maladie d'Alzheimer comporterait parmi ses facteurs de risque le trouble dépressif majeur ; on

pouvait donc s'attendre à ce qu'elle soit plus fréquente chez la femme. Mais s'il est clair que la population des services de psychogériatrie appartient dans une écrasante majorité des cas au sexe féminin, la situation n'est pas si évidente. Plusieurs études rapportent une large prédominance du sexe féminin dans ce diagnostic, et ce même lorsque l'on tient compte de son espérance de vie plus longue (81,3 contre 73,5 ans pour les hommes). Ainsi, 30 à 50 % des femmes de plus de 85 ans souffriraient de démence. La sévérité de leurs symptômes serait également plus profonde que celle des hommes. D'autres sources, toutefois, suggèrent une fréquence équivalente dans les deux sexes – c'est la position de l'OMS. Les tenants de la première hypothèse avancent comme argument le rôle de la chute œstrogénique dans la pathogénie de cette affection. En effet, les œstrogènes ont un rôle neuroprotecteur bien connu, et lorsque leur taux s'effondre à la ménopause, on assiste chez la femme à une dégénérescence neuronale beaucoup plus rapide que celle observée dans le sexe masculin (dans lequel il persiste une conversion de la testostérone en œstradiol au niveau cérébral). L'hormone féminine possède de plus un rôle antioxydant qui protégerait les neurones de la β -amyloïde.

Lorsque l'on étudie la carrière des patients souffrant de la maladie d'Alzheimer, on retrouve des différences à la fois objectives et subjectives au détriment de la femme (l'activité intellectuelle est un facteur « protecteur » dans les deux sexes). Enfin, on peut considérer qu'il existe une différence intersexuelle dans la *prévention* de cette affection : la thérapie par substitution œstrogénique de la femme ménopausée protège de la maladie d'Alzheimer – ou du moins en retarde l'apparition. Il s'agit par ailleurs d'une hormonothérapie dont l'effet général sur les fonctions cognitives semble favorable.

La sexualité
coup de pat
s'agit pourtar
psychiatrie, o
que le malad
directe en co
offerte. Il es
confier et d'
sexuels. Ceux
tions mentale
mais ils peuv
que l'OMS de
bien-être phy
certainement
pression, à é
libido insatis
est une chos
équilibrée ou
mentale que
breux problè
vie intime, or
morbidité psy
troubles de l'
tesse, l'anxié
semble peu à
ques. Elle n'
assiste, paral
véritable réb
symptômes le

La dysfon
quente chez
toucher le d
encore prend
(dyspareunie
tion peut être

VI. — Les troubles sexuels

La sexualité est un domaine de la santé que beaucoup de patientes ont des difficultés à aborder. Il s'agit pourtant d'un motif fréquent de consultation en psychiatrie, ou tout du moins de l'un des symptômes que le malade évoquera, de manière plus ou moins directe en cours d'entretien, si l'occasion lui en est offerte. Il est alors souvent soulagé de pouvoir se confier et d'être pris au sérieux dans ses troubles sexuels. Ceux-ci accompagnent la plupart des affections mentales, des plus bénignes aux plus sévères, mais ils peuvent aussi être primaires. La définition que l'OMS donne de la santé – un état de complet bien-être physique, psychologique et social – implique certainement le bien-être *sexuel*. On a bien l'impression, à écouter ces patientes qui souffrent d'une libido insatisfaisante, qu'avoir une vie sexuelle active est une chose aussi importante qu'une alimentation équilibrée ou un sommeil régulier – tant pour la santé mentale que dans les rapports au corps. De nombreux problèmes de couple ont leur origine dans la vie intime, or ces problèmes de couple engendrent une morbidité psychique importante, notamment dans les troubles de l'humeur. Au fur et à mesure que la tristesse, l'anxiété et l'anhédonie s'installent, la patiente semble peu à peu s'éloigner de ses sensations physiques. Elle n'est plus à l'écoute de son corps, et l'on assiste, parallèlement à l'épuisement du désir, à une véritable rébellion du soma, qui devient source des symptômes les plus divers.

La dysfonction sexuelle est quatre fois plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Elle peut toucher le désir, l'excitation sexuelle, l'orgasme ou encore prendre la forme de douleurs lors des rapports (dyspareunie et vaginisme). L'origine de la dysfonction peut être organique ou psychologique. On classe

également parmi les troubles sexuels les pathologies de l'identité sexuelle et les paraphilies. Ces dernières sont rares chez la femme. Il s'agit de l'exhibitionnisme, du fétichisme, du frotteurisme, de la pédophilie, du masochisme et du sadisme sexuel, du transvestisme fétichiste et du voyeurisme. Dans les paraphilies, l'excitation sexuelle ne peut généralement être obtenue que par ces conduites perversives.

La physiologie du plaisir est dès le départ différente d'un sexe à l'autre (fig. 5). Le désir, l'appétit sexuel, est naturellement plus puissant chez la femme. Toutefois, la durée du plateau d'excitation qui précède l'orgasme est beaucoup plus long que chez l'homme (jusqu'à cent fois plus long). Il peut être obtenu par stimulation clitoridienne ou vaginale – le

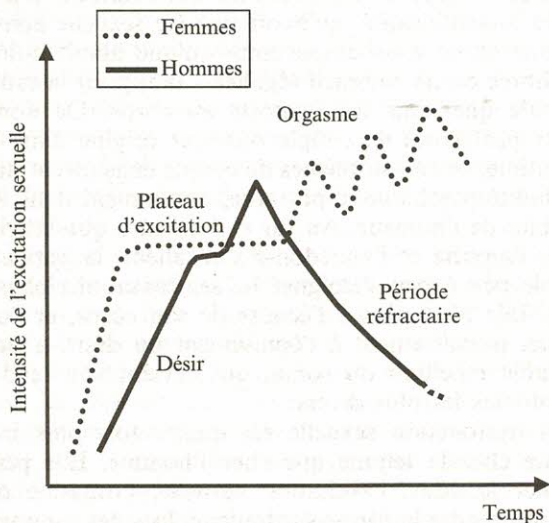


Fig. 5. — Les variations physiologiques de l'excitation sexuelle en fonction du sexe.

fameux « po
le plaisir, n
fumeuse... E
bles chez la
d'une période

La baisse
femmes qui
comme une
fantasmes ou
distingue de
patiente évit
baisse du dés
tions physio
après la mén
santé présen
cyclique qui
patiente, et
jouent un gr
sexuelle : plu
est grande -
désir survien
reprise d'une
d'un enfant
Tout se pas
« mémoire é
à cette préc
la baisse du
mique, la fe
différente de
sujet du dési
plus plaire),
besoins affe
contexte hor
testostérone,
tisation du
que celui des
lactine – qui

s pathologies
Ces dernières
t de l'exhi-
risme, de la
ne sexuel, du
ne. Dans les
généralement
ferties.

départ diffé-
ésir, l'appétit
chez la femme.
tion qui pré-
ng que chez
Il peut être
vaginale - le

fameux « point G », zone vaginale censée décupler le plaisir, n'est malheureusement qu'une légende fumeuse... Enfin, les orgasmes multiples sont possibles chez la femme, tandis que le premier est suivi d'une période réfractaire chez l'homme.

La baisse du désir sexuel touche 40 à 80 % des femmes qui consultent un sexologue. Elle est définie comme une déficience ou une absence prolongée des fantasmes ou de l'envie d'une activité sexuelle. On la distingue de l'aversion sexuelle, dans laquelle la patiente évite tout contact par dégoût profond. La baisse du désir peut bien sûr survenir dans des conditions physiologiques : durant le post-partum, ou après la ménopause ; la libido d'une adulte en bonne santé présente déjà des fluctuations de nature cyclique qui n'ont rien d'anormal. L'attente de la patiente, et en quelque sorte son conditionnement, jouent un grand rôle dans le maintien de la pulsion sexuelle : plus les rapports sont fréquents, plus l'envie est grande - à l'inverse, beaucoup de troubles du désir surviennent après une période d'abstinence. La reprise d'une sexualité satisfaisante après la naissance d'un enfant est sur ce point une période critique. Tout se passe comme si le corps avait perdu sa « mémoire érotique »... On a évoqué plusieurs causes à cette prédominance féminine dans la prévalence de la baisse du désir. D'un point de vue psychodynamique, la femme « pense » sa sexualité de manière différente de l'homme : plus passive (objet plutôt que sujet du désir), plus fragile (crainte de ne pas ou de ne *plus* plaire), et utilise moins le sexe pour combler ses besoins affectifs que ne le font les hommes. Le contexte hormonal est bien sûr différent, avec la testostérone, qui semble posséder un pouvoir d'érotisation du comportement beaucoup plus puissant que celui des œstrogènes ; la progestérone et la prolactine - qui font chuter le désir. Quant à l'étiologie

→
Temps

même de cette chute de la libido, elle est plus souvent *fonctionnelle* qu'organique. Nous avons déjà évoqué les problèmes de couple, terrain de frustration, de rancœur ou simplement de monotonie, qui sont propices à l'extinction du désir. La mauvaise image de soi, la dyspareunie peu gratifiante ou l'anorgasmie peuvent initier le processus. Chez certaines femmes, le problème se situe au niveau de l'acceptation de l'intimité elle-même, vécue comme une menace, une perte de contrôle, et donc source d'anxiété. Les théories psychanalytiques évoquent l'importance de traumatismes psychiques précoces, et surtout d'une culpabilisation de la sexualité dans l'éducation. L'effritement du désir peut également trouver son origine dans un surmenage professionnel ou domestique. Le rôle inhibant d'expériences sexuelles traumatisantes doit être clairement pris en compte, comme dans les cas de viol ou d'inceste. Les troubles de l'identité sexuelle, plus ou moins conscients, peuvent aussi intervenir dans l'épanouissement intime. Les troubles sexuels peuvent accompagner un grand nombre de pathologies somatiques débilatantes, ainsi que la plupart des affections psychiatriques. D'autre part, beaucoup de médicaments d'utilisation courante peuvent inhiber le désir de manière iatrogène (c'est le cas de la contraception orale). Les médications psychotropes sont particulièrement concernées, tant les anxiolytiques et les neuroleptiques que la plupart des antidépresseurs, ce qui n'est pas sans poser problème.

Les états d'hypersexualité sont beaucoup plus rares chez la femme. La nymphomanie n'est plus un diagnostic d'actualité en psychiatrie ; il correspond sans doute au comportement séducteur et à la promiscuité sexuelle des personnalités histrioniques et borderline, dans lesquelles l'hypersexualité ne débouche pas forcément sur le plaisir. La phase maniaque ou hypomane s'accompagne fréquemment

d'une augmentation. Il existe en fait d'hypersexualité ou de lésions. Elle peut aussi être des troubles psychédéliques.

Le traitement lorsqu'il est possible (à commencer par la médication de la pathologie de la dépression) est un miracle pour le patient perdu, et la psychothérapie un outil précieux. Les conflits professionnels sont centrés sur les faits. La prise en compte ou l'intégration des relations sensorielles est progressive.

VII.

La femme devant la masculinité plus fréquemment que les hommes de l'enfance. Les très marquées alimentaires existe bien sûr les hommes que eux, contre 5 des « problèmes » les variations breuses caractéristiques psychiatriques.

est plus souvent
ons déjà évoqué
e frustration, de
ie, qui sont pro-
ouvaive image de
ou l'anorgasmie
taines femmes, le
l'acceptation de
une menace, une
anxiété. Les théo-
ortance de trau-
surtout d'une
ans l'éducation.
t trouver son ori-
el ou domestique.
elles traumatisan-
pte, comme dans
bles de l'identité
s, peuvent aussi
me. Les troubles
rand nombre de
ainsi que la plu-
autre part, beau-
courante peuvent
(c'est la cas de la
ons psychotropes
tant les anxioly-
plupart des anti-
oser problème.
beaucoup plus
nie n'est plus un
e; il correspond
ducteur et à la
ités histrioniques
ypersexualité ne
laisir. La phase
gne fréquemment

d'une augmentation du désir, qui devient insatiable. Il existe en outre plusieurs causes organiques d'hypersexualité, comme certaines formes d'épilepsie ou de lésions cérébrales (tumorales ou vasculaires). Elle peut aussi résulter de la consommation de drogues psychédéliques.

Le traitement des dysfonctions sexuelles comporte, lorsqu'il est possible, le traitement direct de la cause (à commencer par les origines iatrogènes, la correction de la pathologie somatique, la prise en charge de la dépression, etc.). Il n'existe pas de médicament miracle pour rendre le désir à une femme qui l'a perdu, et la thérapie sexuelle est par conséquent un outil précieux. Celle-ci ne cherche pas à résoudre des conflits profonds; son approche plus pragmatique est centrée sur le symptôme, avec d'excellents résultats. La prise en charge peut cibler la patiente seule ou intégrer le couple, et vise, par le biais de stimulations sensorielles, à produire un éveil corporel progressif.

VII. — Comment expliquer ces différences ?

La femme et l'homme ne sont donc pas égaux devant la maladie mentale. Celle-ci touche en général plus fréquemment le sexe féminin *après* l'adolescence, tandis que le sexe masculin est plus exposé durant l'enfance. Les différences de prévalence sont parfois très marquées, comme dans les troubles des conduites alimentaires (10 à 20 fois plus de femmes), mais il existe bien sûr des affections dans lesquelles ce sont les hommes qui dominent le diagnostic - 25 % d'entre eux, contre 5 % des femmes, connaîtront par exemple des « problèmes d'alcool » durant leur vie. En outre, les variations intersexuelles concernent aussi de nombreuses caractéristiques propres à chaque syndrome psychiatrique.

Tableau VII. — Les hypothèses relatives
à l'étiologie du sex-ratio
des affections psychiatriques

[Modifié d'après I. O. Godfroid, La psychiatrie de la femme, II: Les affections psychiatriques de fréquence plus élevée chez la femme: hypothèse de l'organisation cérébrale, *Rev. Fr. Gynécol. Obstétr.*, 1997, vol. 92, n° 4, p. 233-243.]

Hypothèse de l'artefact

- Erreurs méthodologiques
- Théorie de « l'appel à l'aide » (*Help-seeking*)

Hypothèse de la psychodynamique

- Théories psychanalytiques
- Théorie du « style de réponse » à un facteur de stress (*Coping*)
- Autres

Hypothèse du traumatisme périnatal

Hypothèse de la génétique

- Modèle lié à l'X dominant
- Modèle autosomal multifactoriel avec seuil
- Modèle stress-diathèse

Hypothèse sociale

- Théorie de la vulnérabilité apprise (*learned helplessness*)
- Discrimination sociale de la femme
- Théorie du « rôle lié au genre »
- Rôle des facteurs environnementaux
- Théories néo-darwiniennes

Hypothèse hormonale

Hypothèse de l'organisation cérébrale

- Rôle de la structure et des anomalies du cerveau propres à chaque sexe
 - Modèle neuro-développemental de la microarchitecture
-

Les tentati
surtout conce
en plus, tout
des données.
hypothèses, c
ries. Différen
nos concepti
réducteur que
cier. Beaucoup
certaines voi
factoriel de l'
tinent, car il
différents int

1. **Hypoth**
tent de la no
Plusieurs che
minance fém
quant des
confondants
confusion pr
gnostic, com
confondue a
l'adéquation
sexe qui a ét
lité histrioni
sexistes peuv
années 1970
avaient une
femme « en
labilité émot
ment effacé.
fie de Rous
tions, le seu
pathologie r
femme - ce
les prévalenc

Les tentatives d'explication de ces observations ont surtout concerné le trouble dépressif majeur. De plus en plus, toutefois, la discussion s'élargit à l'ensemble des données. Le tableau VII reprend les principales hypothèses, qui sont réparties en sept grandes catégories. Différents courants sociopolitiques ont influencé nos conceptions, tant dans le sens d'un machisme réducteur que dans celui d'un féminisme social outrancier. Beaucoup de questions restent sans réponse, mais certaines voies sont encourageantes. Le modèle multifactoriel de l'organisation cérébrale semble le plus pertinent, car il tient compte de façon globale du rôle des différents intervenants isolés.

1. **Hypothèse de l'artefact.** — Les résultats qui sortent de la norme surprennent toujours en médecine. Plusieurs chercheurs ont donc mis en doute la prédominance féminine dans les troubles de l'humeur, invoquant des erreurs méthodologiques, des facteurs confondants — autrement dit, des artefacts. Cette confusion proviendrait par exemple d'erreurs de diagnostic, comme lorsque l'humeur dysphorique est confondue avec un épisode dépressif. C'est parfois l'adéquation même des critères utilisés en fonction du sexe qui a été critiquée (comme ceux de la personnalité histrionique chez la femme). Enfin, des préjugés sexistes peuvent exister : des études réalisées dans les années 1970 ont démontré que beaucoup de médecins avaient une conception plutôt stéréotypée de la femme « en bonne santé », notamment quant à sa labilité émotionnelle, sa soumission et son comportement effacé. Le *Souvent femme varie et fol est qui s'y fie* de Rousseau n'était pas loin... Dans ces conditions, le seuil de tolérance entre la normalité et la pathologie n'est plus le même pour l'homme et la femme — ce qui peut fausser les diagnostics et donc les prévalences rapportées.

Une autre explication – la théorie de « l'appel à l'aide » (*help seeking* en anglais) – soutient que la femme déprimée recherche plus fréquemment que l'homme l'aide d'un médecin. Cela serait le cas dès l'âge où la jeune fille devient capable de le faire toute seule. Cette théorie suggère que le sex-ratio soit identique, mais que l'homme consulte moins, ou a plus tendance à abuser d'alcool en cas d'humeur dépressive. Cette vue semblait confirmée par la prévalence identique de la dépression dans certaines populations où l'alcool est peu utilisé (comme chez les juifs américains). La littérature dans son ensemble permet malgré tout de réfuter l'hypothèse de l'artefact. Il n'est même pas certain que la femme recherche plus fréquemment de l'aide psychologique que l'homme – en tout cas la différence ne permettrait pas d'expliquer les prévalences retrouvées, dans les troubles de l'humeur ou les troubles anxieux, par exemple. La plupart des études épidémiologiques semblent confirmer les sex-ratios que nous connaissons. D'autre part, les variations qui concernent le tableau clinique ou l'histoire naturelle de la maladie ne peuvent s'expliquer par l'existence d'erreurs méthodologiques.

2. Hypothèse de la psychodynamique. — Les psychanalystes se sont surtout intéressés aux différences touchant la dépression, car leur technique n'est pas applicable à l'ensemble des troubles mentaux. Les théories font référence à l'étude du développement psychologique de la femme ou à la psychogenèse de la dépression. Il a été suggéré que les modifications corporelles qui accompagnent la puberté soient mieux acceptées par les jeunes hommes que par les jeunes filles, pour des raisons culturelles. Les relations avec les parents différencieraient également, ce qui pourrait avoir des répercussions au niveau de la maturation des affects. Nous avons par ailleurs déjà évoqué les caractéristiques sup-

posées de la p
mises en relati

Certains au
différent d'un
sant (ce qui pe
anglo-saxonne
plus fréquente
sant la surven
auraient aussi
leurs émotions
alors que les h
qu'à eux-mêm
coping plus ac
facilement les
investirait les
plus émotionn
qu'elles seraien
pres ennuis, m

Toutes ces c
sement très d
C'est égaleme
nérabilité psy
stressants, qui
prévalence du

3. Hypothès
ports entre la
nent pas que l
s'intéressent d
au devenir d
traumatismes
fréquents chez
Il semble à p
entre ces tra
phrénie. Cela
plus précoce
plus la schizo

de « l'appel à
tient que la
nement que
ait le cas dès
le faire toute
atio soit iden-
ns, ou a plus
meur dépres-
la prévalence
s populations
ès juifs améri-
e permet mal-
efact. Il n'est
rche plus fré-
l'homme - en
as d'expliquer
troubles de
exemple. La
mbent confir-
D'autre part,
u clinique ou
uvent s'expli-
ogiques.

— Les psycha-
fférences tou-
est pas appli-
Les théories
ent psycholo-
de la dépres-
ns corporelles
eux acceptées
es filles, pour
ec les parents
voir des réper-
affects. Nous
ristiques sup-

posées de la psychodynamique féminine qui ont été mises en relation avec l'apparition de troubles sexuels.

Certains auteurs ont impliqué un style de réponse différent d'un sexe à l'autre face à un événement stressant (ce qui porte le nom de *coping* dans la littérature anglo-saxonne). Ainsi, la rumination des problèmes, plus fréquente chez la femme, serait un élément favorisant la survenue d'un épisode dépressif. Les femmes auraient aussi plus souvent tendance à internaliser leurs émotions et à se reprocher d'être incompetentes, alors que les hommes s'en prennent plutôt aux autres qu'à eux-mêmes. Ils présenteraient aussi un mode de *coping* plus actif, ce qui les aiderait à surmonter plus facilement les événements difficiles. Enfin, la femme investirait les relations interpersonnelles de manière plus émotionnelle que les hommes, ce qui explique qu'elles seraient affectées non seulement par leurs propres ennuis, mais aussi par ceux des autres.

Toutes ces données sont plausibles, mais malheureusement très difficiles à démontrer pragmatiquement. C'est également le cas de l'apparente plus grande vulnérabilité psychologique de la femme aux événements stressants, qui expliquerait par exemple la plus grande prévalence du stress post-traumatique dans ce sexe.

3. Hypothèse du traumatisme périnatal. — Les rapports entre la gynécologie et la psychiatrie ne concernent pas que la mère qui vient d'accoucher, les études s'intéressent depuis quelques années à la délivrance et au devenir du nourrisson. On a remarqué que les traumatismes obstétricaux à la naissance étaient plus fréquents chez le garçon, de manière très significative. Il semble à présent confirmé qu'il existe un rapport entre ces traumatismes et la survenue de la schizophrénie. Cela permettrait aussi d'expliquer le début plus précoce des symptômes dans le sexe masculin : plus la schizophrénie débute tôt, plus il y a de chan-

ces de retrouver une histoire de présentation anormale ou de césarienne compliquée chez le patient. On a aussi suggéré le rôle d'infections virales durant la grossesse.

D'autres affections psychiatriques ont par la suite été liées à ces traumatismes périnataux. C'est le cas du trouble obsessionnel-compulsif. Lorsque l'on étudie l'histoire des hommes qui souffrent de cette affection, on retrouve en effet plus d'accouchements dystociques, d'hypoxies prolongées, d'applications de forceps et de présentations anormales que chez la femme. Comme pour la schizophrénie, ces constatations sont associées à un début plus précoce des symptômes dans le sexe masculin. On pense que le traumatisme périnatal perturbe les systèmes cérébraux impliquant les neurotransmetteurs sérotonine et dopamine.

Il n'est pas exclu que d'autres liens encore soient établis entre les circonstances de la naissance et l'apparition de certaines maladies mentales. Toutefois, ces liens semblent principalement s'adresser à un sous-groupe de chaque maladie, à début précoce et histoire naturelle bien distincts de la forme familiale. On peut donc raisonnablement considérer que les traumatismes obstétricaux expliquent *une partie* des différences intersexuelles de *certaines* troubles, mais ne rendent pas compte de l'ensemble des différences qui existent entre la psychiatrie de l'homme et la psychiatrie de la femme.

4. Hypothèse de la génétique. — La différence fondamentale entre les génomes féminin (deux chromosomes X) et masculin (un X et un Y) a depuis longtemps stimulé la recherche. La génétique est une discipline complexe toutefois, et de multiples facteurs confondants sont source d'erreurs ; une interprétation trop optimiste ou tendancieuse des résultats expéri-

mentaux restera à l'appréciation des auteurs.

L'explication de la prévalence de la schizophrénie chez les hommes est basée sur la présence d'un chromosome X défectueux. La transmission de ce chromosome défectueux de la mère à l'enfant est inexacte. La transmission autosomique récessive s'attendrait à ce que le sexe en principe plus à risque soit la femme. Mais ce n'est pas le cas. La transmission de la génétique est donc à l'étude.

Les études de transmission de la schizophrénie ont tout prouvé le rôle de la génétique. Un grand nombre de familles ont été étudiées. Un exemple incontestable est celui de la schizophrénie qui influence le comportement de façon égale dans les deux sexes. La transmission bipolaire ou maniaque-dépressive existe même chez les deux sexes. Un facteur commun à différents troubles mentaux est le trouble bipolaire. Le trouble bipolaire est transmis par plusieurs gènes. La transmission de la schizophrénie est complexe. La culture : on ne peut pas dire de transmission de la schizophrénie. La prévalence génétique de la schizophrénie est accrue chez les hommes. « stress diathèse » est un facteur de la schizophrénie, de la dépression, et de la schizophrénie somatoforme.

mentaux reste toujours possible de la part des auteurs.

L'explication simpliste, selon laquelle le gène de la plupart des maladies psychiatriques se situerait sur le chromosome X, ce qui se traduirait par une prépondérance de la morbidité féminine, les femmes en ayant deux (c'est le modèle « lié à l'X dominant »), est inexacte. Dans le modèle plus réaliste de transmission autosomale multifactorielle avec seuil, on s'attendrait à ce que la parenté d'un homme déprimé (sexe en principe mieux résistant à la dépression) ait plus de risque que la parenté d'une femme déprimée. Mais ce n'est pas le cas, et certains ont écarté le rôle de la génétique dans l'explication du sex-ratio.

Les études familiales ou de jumeaux ont malgré tout prouvé le mode de transmission héréditaire d'un grand nombre de troubles mentaux. Il est par exemple incontestable que des facteurs génétiques influencent le risque dépressif chez la femme. C'est également le cas pour la schizophrénie, le trouble bipolaire ou certains troubles de la personnalité. Il existe même chez la femme un risque génétique commun à différentes affections psychiatriques : un facteur lie ainsi la dépression et le trouble anxieux généralisé ; un autre la phobie, le trouble panique et la boulimie. Les études chez des jumeaux atteints du trouble bipolaire indiquent le rôle vraisemblable de *plusieurs* gènes – et cela prévaut pour l'ensemble de la psychiatrie. C'est principalement là que réside la difficulté : on ne peut parler qu'en termes de probabilité de transmission, ou encore qu'évoquer une « vulnérabilité génétique », fort mal définie. Celle-ci paraît accrue chez la femme, et s'inscrit dans un modèle « stress diathèse ». Il en résulterait que la réponse à un facteur de stress entraîne dans le sexe féminin une dépression, un trouble anxieux ou encore un trouble somatoforme plus fréquemment que chez l'homme.

On peut conclure que l'influence des facteurs génétiques est indéniable dans la maladie mentale, mais qu'elle ne permet pas, à elle seule, d'expliquer les tableaux divergents et les sex-ratios rencontrés : nous ne sommes pas totalement sous l'emprise de nos gènes.

5. Hypothèse sociale. — L'environnement socioculturel est un intervenant important de la santé mentale. Son impact est multiple et parfois difficilement saisissable. La théorie de la vulnérabilité apprise (*learned helplessness*) intègre différents courants sociaux. Elle suggère que la femme, de par son éducation dans un climat culturel privilégiant le sexe masculin, soit rendue plus vulnérable à la dépression. Cela semble confirmé par les études chinoises sur les taux de suicide et de dépression, dans ce contexte politique où le culte du « Petit Soleil » a entraîné un rejet dramatique du sexe féminin. D'une façon globale, la femme est de par le monde éduquée dans des sociétés où l'homme détient clairement la place la plus valorisante. Les discriminations sociales, légales et économiques dont sont victimes les femmes, le rôle secondaire où elles restent trop souvent cantonnées représentent-ils une sorte de « vulnérabilité psychosociale » ? La réponse n'est pas aisée. Il est certain que la femme moderne est confrontée à un énorme déficit, ce qui n'était pas le cas des générations précédentes : être à la fois femme, étudiante, mère, menant une vie professionnelle tout en restant la maîtresse de maison... C'est toute l'importance du *rôle lié au genre*, qui n'est jamais anodin. Dans tous les comportements humains, l'importance qui est donnée au rôle joué influence directement les contacts interpersonnels et l'estime de soi. Cet élément a été intégré dans les théories cognitives et sociales de la dépression. Certains sous-groupes de femmes — par exemple celles qui s'occupent de leurs enfants en bas âge — seraient

plus exposés à
rait aussi un r
triques varie e
tion de céliba
femmes céliba
lence la plus l
compare aux l
prévalence cim
Des facteurs
constatations
par exemple
l'Europe. D'a
ronnement so
influence la co
chez la femme

Certaines é
tienne un rô
femme que cl
trouver plus e
l'anxiété ou la
d'un soutien i
toutefois défa
taux supposé
fille, qui ser
l'importance
avec l'âge : l'
ment humain
ronnement (p
l'adolescence,
Parallèlement
on assisterait
des facteurs g
nalité antisoci
courants socia
nes, a été prop
sion. Elle sugg
sons pour ces

travers les âges et les civilisations car un élément revient constamment : lors du mariage (et plus généralement lors de la procréation), les hommes sont plus âgés que les femmes, ce qui exercerait un véritable « effet tampon ». Il pourrait résulter de ce biais de sélection culturelle les différences de prévalence constatées : la dépression prédomine car il s'agit d'une maladie qui débute plus tard chez la femme (sous-entendu : avant qu'un homme ne la demande en mariage ou qu'elle ne tombe enceinte), et la schizophrénie reste plus rare par le même mécanisme de sélection darwinien – les hommes se marient plus vieux, or à cet âge ils auraient déjà déclaré la schizophrénie s'ils en étaient atteints, et n'auraient pas trouvé de compagne... Cette théorie est très intéressante, mais il est tout à fait impossible de la vérifier de manière contradictoire.

Il apparaît en définitive que les facteurs sociaux jouent indéniablement un grand rôle dans la genèse des maladies mentales – principalement de cofacteur. A eux seuls, ils ne permettent cependant pas d'expliquer les différences épidémiologiques et sémiologiques qui séparent les deux sexes. De plus, si leur rôle semble bien documenté dans la dépression, il est beaucoup moins convaincant pour le reste des affections psychiatriques.

6. Hypothèse hormonale. — L'influence des hormones gonadiques sur la santé mentale est un élément indiscutable, comme nous l'avons déjà expliqué. Les variations intersexuelles y sont également très marquées, et, la femme étant la plus défavorisée entre la puberté et la ménopause, tout porte à croire au rôle « délétère » des hormones féminines.

Plusieurs études suggèrent que les stéroïdes ovariens possèdent une action anxiolytique. C'est ce qui expliquerait la plus grande sensibilité des femmes au

stress durant les périodes prémenstruelles (les hormones sont élevées et postnatales). Les troubles « sevrages » (comme la dépendance des troubles de l'alcoolisme) ce qui concerne la dépression, connu que ces troubles sont épargnés par la modification des hormones psychiques. Les modalités de l'adaptation sont différentes. Il semble que l'on ne peut pas mettre directement en évidence une relation monale bien précisée en psychiatrie de la nature même du trouble en contexte : la structure (importante). Les différences sont rencontrées, on ne peut pas obéir au même principe que le comportement de l'action permet de l'expliquer. La hormone, qui gère la prépondérance de la personnalité dans le suicide.

Les œstrogènes comme dans la dopamine dopaminergique périodes, comme la décade – précèdent – précèdent. La réaction tardif, qui affecte tant pas certains dans la maladie et neuroprotecteur ménopause, ce

un élément
(et plus généralement les hommes) sont
ce qui expliquerait un véritable biais
de prévalence
car il s'agit
chez la femme
de la demande
(de la schizophrénie), et la schizophrénie
mécanisme de
mariage plus
clarifié la schizophrénie
l'auraient pas
est très intéressante
de la vérifier

facteurs sociaux
dans la genèse
de cofacteur.
tant pas d'expliquer
et sémiologie
us, si leur rôle
pression, il est
este des affec-

ce des hormones
est un élément
expliqué. Les
sont très marquée
orisée entre la
croire au rôle
stéroïdes ovariens
e. C'est ce qui
les femmes au

stress durant les périodes où les taux circulants de ces hormones sont les plus bas (périodes prémenstruelles et postnatales). Celles-ci s'apparenteraient à de véritables « sevrages », et seraient à l'origine de la prépondérance des troubles anxieux dans le sexe féminin. En ce qui concerne les troubles de l'humeur, il est bien connu que ces variations hormonales brutales, qui sont épargnées au sexe masculin, entraînent une modification de l'humeur ainsi que d'autres symptômes psychiques. Comme signalé plus haut, ce sont les modalités de l'action dépressogène qui sont mal cernées. Il semble bien qu'il soit encore impossible de mettre directement en relation une perturbation hormonale bien précise avec la survenue d'un symptôme psychiatrique déterminé, sans prendre en compte la nature même du site d'action des hormones dans ce contexte : la structure cérébrale (voir l'hypothèse suivante). Les différences entre hommes et femmes qui sont rencontrées dans les troubles sexuels semblent obéir au même principe, avec toutefois la différence que le comportement sexuel chez l'homme bénéficie de l'action permanente de la testostérone. Cette hormone, qui gère aussi l'agressivité, induirait en outre la prépondérance chez l'homme de certains troubles de la personnalité ou du comportement violent, jusque dans le suicide.

Les œstrogènes peuvent offrir un effet protecteur, comme dans la schizophrénie, via une action antidopaminergique. Celle-ci est perdue dans certaines périodes, comme le post-partum ou la quatrième décennie – précisément lorsque les taux d'œstrogène déclinent. La relation avec la schizophrénie à début tardif, qui affecte plus souvent la femme, n'est pourtant pas certaine. Un processus similaire prévaut dans la maladie d'Alzheimer, avec l'effet antioxydatif et neuroprotecteur des œstrogènes qui se perd à la ménopause, ce qui accélère la dégénérescence neuro-

nale en comparaison à l'homme. Enfin, la moindre incidence de la dépendance à l'alcool dans le sexe féminin pourrait être expliquée par un mécanisme de conditionnement négatif : la même quantité d'alcool produit des effets désagréables plus rapidement chez la femme, ce qui la découragerait à répéter les consommations. On l'explique, entre autres, par l'absence d'hormones androgéniques, qui, chez l'homme, ont pour effet de stimuler l'enzyme hépatique qui dégrade l'alcool (alcool déshydrogénase).

La présentation et la prévalence des troubles psychiatriques paraissent donc influencées par le climat hormonal propre à chaque sexe. Les œstrogènes ont l'action la plus néfaste, créant une vulnérabilité féminine dans la plupart des cas, ou plus rarement une relative protection qui s'estompe après la ménopause. Le contexte hormonal, à lui seul, ne suffit pas à générer la pathologie mentale : il n'est lui aussi qu'un cofacteur, un élément de prédisposition – au même titre que le bagage génétique ou les facteurs de stress sociaux –, l'ensemble agissant sur une structure qui semble déterminante : l'organisation cérébrale.

7. Hypothèse de l'organisation cérébrale. — Le cerveau féminin est physiologiquement différent du cerveau masculin. La taille globale de cet organe, le plus complexe du corps humain, est plus grande chez l'homme. Certaines de ses structures, comme le corps calleux ou la commissure antérieure, sont au contraire plus volumineuses chez la femme. Le cortex serait lui aussi plus important dans le sexe féminin, comme au niveau des aires frontales et temporales. La latéralisation des fonctions cérébrales est dans l'ensemble plus marquée chez l'homme : il existe chez la femme de plus nombreuses communications inter-hémisphériques. L'aire du langage se situe ainsi au niveau du gyrus frontal inférieur gauche chez

l'homme, mais les variations liées aux neurotransmetteurs (la dopamine est, par exemple, plus élevée chez l'homme), ou encore les différences dans le métabolisme (chez la femme).

L'hypothèse de la différence de l'organisation du cerveau est loin : elle postule que les troubles psychiatriques ont une origine clinique et biologique qui proviennent d'une microarchitecture cérébrale différente. Celle-ci résulterait de différents moments de développement embryonnaires et aussi de facteurs hormonaux et aussi génétiques.

La cytoarchitectonique est une série de processus de migration et de différenciation cellulaire qui se déroulent dans le cerveau humain se déroulent à partir de cellules précurseurs, tapissant le cortex neuronal de l'embryon au septième et la fin de la vie de l'être humain – et il y a des différences entre les sexes, qui se forment à partir de cellules qui commencent à se différencier à des moments différents des neurones récepteurs et de neurotransmetteurs génétique. Le cortex a des effets profonds sur le développement de leur pic d'influence au début de la semaine. L'organisation est produite de manière différente entre les semaines de développement embryonnaire. Il y a des différences, rien, à partir de ces différences féminines propres

fin, la moindre
bl dans le sexe
mécanisme de
quantité d'alcool
us rapidement
erait à répéter
tre autres, par
es, qui, chez
l'enzyme hépa-
hydrogénase).
s troubles psy-
s par le climat
estrogènes ont
néralité fémi-
s rarement une
la ménopause.
ffit pas à géné-
ui aussi qu'un
on - au même
cteurs de stress
e structure qui
érébrale.

rale. — Le cer-
différent du cer-
organe, le plus
s grande chez
comme le corps
sont au con-
me. Le cortex
e sexe féminin,
e et temporales.
brales est dans
: il existe chez
nications inter-
sitive ainsi au
gauche chez

l'homme, mais des deux côtés dans l'autre sexe. Les variations liées au genre touchent aussi les neurotransmetteurs (le taux moyen de synthèse de la sérotonine est, par exemple, 52 % plus élevé chez l'homme), ou encore le débit sanguin cortical régional et le métabolisme glucidique (tous deux accrus chez la femme).

L'hypothèse de l'organisation cérébrale va plus loin : elle postule que les différences dans la présentation clinique et la susceptibilité aux maladies mentales proviennent d'une variation intersexuelle dans la microarchitecture (et donc la biologie) du cerveau. Celle-ci résulterait de l'action déterminante, à différents moments de la vie, de facteurs génétiques, hormonaux et aussi environnementaux (fig. 6).

La cytoarchitecture du cerveau est le résultat d'une série de processus de développement, incluant genèse, migration et différenciation neuronale. Le cortex humain se développe à partir des cellules neurales précurseurs, tapissant l'extrémité antérieure du tube neuronal de l'embryon. Ces neurones migrent entre la septième et la seizième semaine de gestation chez l'être humain - avant cela, il y a peu de différence entre les sexes, car ce n'est qu'à la sixième semaine que se forment les testicules chez le garçon, et qu'ils commencent à sécréter des androgènes. La migration des neurones résulte d'un équilibre entre des facteurs stimulants et des facteurs inhibiteurs, sous contrôle génétique. Le climat hormonal possède lui aussi de profonds effets organisationnels. Ceux-ci atteignent leur pic d'influence entre la quatorzième et la seizième semaine. L'hormone de stimulation folliculaire (FSH) est produite de façon intensive dans le sexe féminin entre les semaines douze et vingt du développement embryonnaire. Elle contribue au développement ovarien, à partir duquel seront sécrétées les hormones féminines proprement dites. A un stade très précoce,

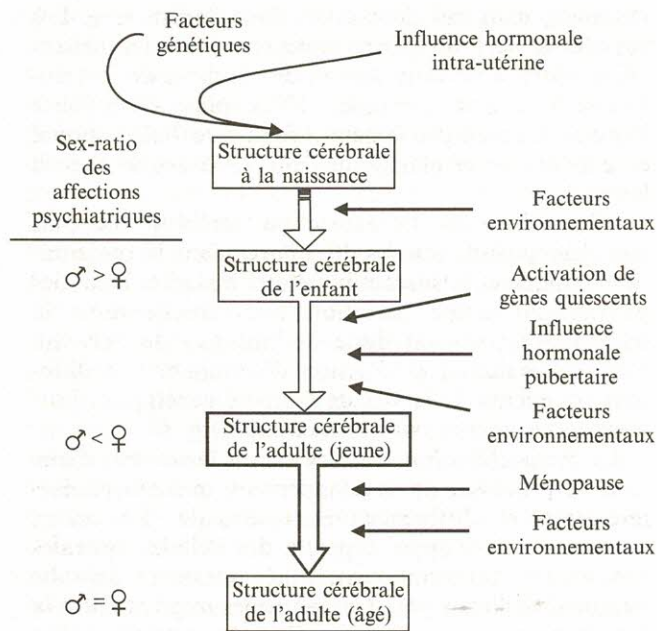


Fig. 6. — Hypothèse de l'organisation cérébrale.

donc, on assiste à une imprégnation hormonale du cerveau qui diffère significativement en fonction du sexe. Les effets organisationnels des hormones gonadiques de la femme et de l'homme variant beaucoup, l'architecture cérébrale qui en résulte est par conséquent bien distincte à son tour.

Or il existe un rapport entre la maladie mentale et la structure du cerveau. Les aberrations de la migration neuronale sont déjà responsables d'une série de syndromes malformatifs graves (dans lesquels des aberrations génétiques ont été isolées chez les parents), mais des anomalies plus fines de cette

migration ont des affections courantes. Le trouble bipolaire, la dyslexie ou encore l'autisme sont également associés à des anomalies d'ailleurs intéressantes chez ces animaux, chez les primates, identiques de l'homme. Les effets des hormones ont des répercussions importantes sur l'organisation du cerveau de l'animal. En fait, les hormones sont en faveur de l'organisation du cerveau. Prenons l'exemple des mâles exposés à l'*o,p'*-*thylstilbestrol* (ou *DES*) utilisé par la femme à l'âge adulte, de 1940 à 1970. On a vu que les autres mâles, les fœtus fille n'ont pas eu de « néfaste » des effets, mais ont été identifiés par l'absence d'effets. On a vu plus exactement que les fœtus *supplémentaire*, déjà produit... On a vu également que c'est possible : meilleure chez les mâles que le raisonnement. La balance étant, quand on est jeune. Toutefois, chez les adultes, durant la vie, on a vu que (comme c'est le cas pour les surrénales), l'homme a une cellule de l'homme à l'âge adulte, ce qui a un comportement « masculin » et un rôle social qu'e

hormonale
utérine

Facteurs
environnementaux

Activation de
gènes quiescents

Influence
hormonale
pubertaire

Facteurs
environnementaux

Ménopause

Facteurs
environnementaux

cébrale.

hormonale du
en fonction du
ormones gona-
ariant beaucoup,
est par consé-

adie mentale et
ns de la migra-
d'une série de
s lesquels des
lées chez les
fines de cette

migration ont été mises en cause dans plusieurs affections courantes en psychiatrie : la schizophrénie, le trouble bipolaire, la maladie d'Alzheimer, la dyslexie ou encore l'épilepsie (qui se retrouve fréquemment *associée* aux troubles mentaux). Il est d'ailleurs intéressant de remarquer que les expériences animales, chez le rat, prouvent que des anomalies identiques de l'organisation cérébrale peuvent avoir des répercussions très différentes selon le sexe de l'animal. En fait, plusieurs arguments expérimentaux sont en faveur de conséquences psychiatriques de l'organisation cérébrale induite par les hormones. Prenons l'exemple des hormones féminines : les fœtus mâles exposés durant leur développement au *diéthylstilbestrol* (œstrogène de synthèse non stéroïdien, utilisé par la femme enceinte dans ce cas) ont, à l'âge adulte, deux fois plus de dépression majeure que les autres hommes – alors que l'exposition du fœtus fille n'a pas de répercussion ! Un effet « néfaste » des hormones féminines est donc clairement identifiable dans ce cas – remarquons que l'absence d'effet chez la fille n'est que toute relative : plus exactement, l'exposition ne donne pas d'effet *supplémentaire*, car les œstrogènes endogènes l'ont déjà produit... La démonstration inverse est également possible : il est connu que l'habilité spatiale est meilleure chez l'homme que chez la femme – ainsi que le raisonnement mathématique, la fluence verbale étant, quant à elle, supérieure dans l'autre sexe. Toutefois, chez les femmes ayant été imprégnées durant la vie fœtale par les hormones masculines (comme c'est le cas dans l'hyperplasie des glandes surrénales), l'habilité spatiale est accrue et rejoint celle de l'homme. De plus, tant durant l'enfance qu'à l'âge adulte, ces femmes ont plus souvent un comportement « masculin », dans leur vie sexuelle et le rôle social qu'elles jouent. Les modèles animaux ont

aussi prouvé qu'un individu femelle exposé durant la vie intra-utérine à des hormones mâles (c'est par exemple le cas lorsque le fœtus femelle se trouve dans l'utérus maternel entre deux mâles) acquiert à l'âge adulte un comportement typiquement mâle. La testostérone est non seulement responsable d'un comportement plus agressif des hommes, mais aussi d'une autre caractéristique appelée la « recherche de sensation » (d'une nouvelle expérience, la prise de risque, la désinhibition). Cette recherche de sensation est plus élevée chez le sujet fille d'un couple de jumeaux dizygotes de sexes différents que chez le sujet issu d'un couple de sexe féminin : la première, liée à son jumeau masculin *in utero*, a été exposée à la testostérone. A la naissance, donc, beaucoup de choses sont déjà jouées : le bébé fille et le bébé garçon ont des structures cérébrales *différentes*, et donc une fragilité *différente* face à la maladie mentale. Une fréquence plus élevée de traumatismes périnataux chez le garçon ne peut bien sûr qu'accentuer les tendances.

On pense actuellement que la construction cérébrale chez l'humain résulte en fait de l'action de deux structérateurs distincts : d'une part le génome (via les hormones), et d'autre part l'environnement social, qui va moduler son action. Cet environnement social va donc exercer son rôle dès la naissance, et durant toute l'enfance. Selon l'hypothèse de l'organisation cérébrale, de l'ensemble de ces influences résulte une architecture du cerveau et une psychodynamique, qui, durant l'enfance, exposent le garçon à la maladie mentale, tandis qu'elles préservent relativement la fille. A l'âge adulte, pourtant, la situation inverse prévaut – pourquoi ? On sait à présent que le fonctionnement du cerveau de l'enfant n'obéit pas à la même logique que celui de l'adulte. Il en est d'ailleurs morphologiquement fort différent : il existe six fois plus

de connexions
développement
du corps calleux
perdues avec le
opéré. Il est ici
nal et environn
à cet égard un
l'environnemen
différait plus g
cette période
part, on assiste
gènes jusque-là
l'environnemen
brale jusqu'à la
que la modifia
musiciens prof
de l'exercice int
d'Alzheimer (v
synapses néoc
l'adulte expose
nombre de tro
pas pour autan
ques forts diff
aussi en ligne d
telles que la p
dopamine chez
neurotransmett
nie), ou encore
serotonine (dor
nique de la dép
namique propr
surprenante, et
quence logique
tendent (ou du
vie, enfin, tou
peu. Nous ne
simultanée, l'e

posé durant la
âles (c'est par
nelle se trouve
iles) acquiert à
ment mâle. La
pensible d'un
nes, mais aussi
« recherche de
ce, la prise de
he de sensation
un couple de
ts que chez le
n : la première,
a été exposée à
c, beaucoup de
et le bébé gar-
rentes, et donc
maladie mentale.
atismes périna-
qu'accentuer les
struction céré-
action de deux
génomme (via les
ment social, qui
ement social va
et durant toute
anisation céré-
es résulte une
dynamique, qui,
a à la maladie
relativement la
ion inverse pré-
que le fonction-
pas à la même
d'ailleurs mor-
te six fois plus

de connections interneuronales dans le cerveau en développement que dans le cerveau adulte. Au niveau du corps calleux, par exemple, 70 % de celles-ci seront perdues avec le temps. Un véritable « tri » est donc opéré. Il est ici aussi sous contrôle génétique, hormonal et environnemental. Il semble que la puberté soit à cet égard un moment déterminant. D'une part, l'environnement hormonal, qui depuis la naissance ne diffèrait plus guère d'un sexe à l'autre, subit durant cette période un bouleversement durable. D'autre part, on assiste concomitamment à l'activation de gènes jusque-là quiescents. Quant à l'influence de l'environnement, elle s'exercera sur la plasticité cérébrale jusqu'à la fin de la vie – il n'en faut pour preuve que la modification de la structure du cerveau des musiciens professionnels, ou encore le rôle protecteur de l'exercice intellectuel sur l'apparition de la maladie d'Alzheimer (via une augmentation du nombre de synapses néocorticales). La structure cérébrale de l'adulte expose par conséquent la femme à un grand nombre de troubles mentaux, et l'homme, qui n'est pas pour autant épargné, présente des tableaux cliniques forts différents. C'est à ce niveau qu'entrent aussi en ligne de compte des données physiologiques, telles que la plus faible affinité des récepteurs à la dopamine chez la femme (alors qu'un excès de ce neurotransmetteur est impliqué dans la schizophrénie), ou encore son taux inférieur de synthèse de la serotonine (dont la carence est quasi pathognomonique de la dépression). L'existence d'une psychodynamique propre à chaque sexe n'est dès lors pas surprenante, et apparaît plutôt comme une conséquence logique des variations organiques qui la sous-tendent (ou du moins, la reflètent). Vers la fin de la vie, enfin, toutes ces variations s'estompent peu à peu. Nous ne pouvons que constater, de façon simultanée, l'extinction de l'influence hormonale

d'origine gonadique chez la femme – et dans un autre domaine, l'équivalence du sort social qui touche alors les deux sexes...

En conclusion, le modèle multifactoriel de l'organisation cérébrale, précisément parce qu'il tient compte de l'influence de l'ensemble des intervenants abordés dans les autres hypothèses, semble le mieux à même d'expliquer les sex-ratios et les présentations cliniques particulières qui se retrouvent chez la femme.

Chapit

LES T
ADAP

Aborder le
son appartenan
spontanée en
domaine de la
de psychophar
idéal », au gen
également le c
rapie, quoi qu
luent, et les fe
quemment exc
l'objet d'une a
pharmacocinét
connaît en ef
l'homme et la
concentration
l'absorption (v
vitesse de vida
le volume de d
tion de graiss
enzymatique e
et enfin l'excre
situation phys
tête pour le p
substances ad

— et dans un autre
ial qui touche alors

factoriel de l'orga-
parce qu'il tient
le des intervenants
s, semble le mieux
et les présentations
etrouvent chez la

Chapitre III

LES TRAITEMENTS ADAPTÉS AU SEXE FÉMININ

Aborder le traitement d'un patient en fonction de son appartenance à un sexe n'est pas une démarche *spontanée* en médecine. Cela reste vrai dans le domaine de la maladie mentale : les grands manuels de psychopharmacologie font référence à un « patient idéal », au genre neutre ou clairement masculin. C'est également le cas dans le domaine de la psychothérapie, quoi qu'on en dise. Toutefois les choses évoluent, et les femmes, qui jusque naguère étaient fréquemment exclues des études cliniques, font à présent l'objet d'une attention qui tend à se systématiser. La pharmacocinétique de la plupart des médicaments connaît en effet des variations significatives entre l'homme et la femme (fig. 7). Celles-ci touchent la concentration plasmatique après une dose donnée, l'absorption (par des différences au niveau de la vitesse de vidange gastrique et de la sécrétion acide), le volume de distribution (lié à la taille et à la proportion de graisse corporelle), le métabolisme (activité enzymatique et clairance hépatique des médicaments), et enfin l'excrétion. A elle seule, la grossesse est une situation physiologique qui représente un vrai casse-tête pour le psychiatre. On sait que la plupart des substances administrées à la mère passeront dans la

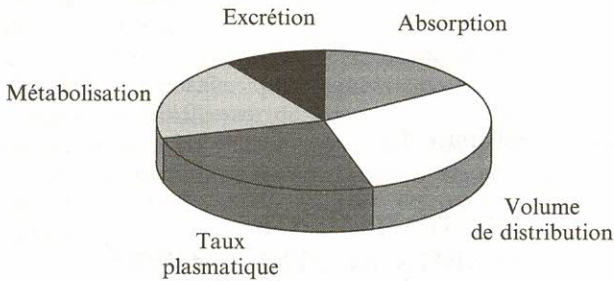


Fig. 7. — Importance relative des variations intersexuelles touchant chaque étape de la pharmacodynamique d'un médicament.

circulation fœtale, mais les données sur la toxicité ou la bénignité de celles-ci font trop souvent défaut. Le clinicien est dès lors confronté au dilemme que représente la sauvegarde conjointe de l'intégrité du fœtus et de l'équilibre mental de la mère. Les mêmes questions persistent en cas d'allaitement au sein.

Dans la prescription d'un médicament, la conduite d'une psychothérapie ou l'utilisation de toute autre forme de traitement, la psychiatrie de la femme trouve son application la plus pragmatique : améliorer la prise en charge de la patiente en détresse. Prendre en compte les particularités biologiques et psychosociales propres au sexe féminin permet non seulement d'améliorer la tolérance et la compliance, mais surtout d'optimiser l'efficacité des traitements psychiatriques.

I. — Les traitements médicamenteux

Toutes les classes de psychotropes subissent non seulement des modifications de pharmacocinétique qui sont liées au sexe du patient, mais deux facteurs

d'interférence
la femme : le
ceptif oral. D
nes molécules

1. Les ant
rent que les f
hommes aux
manière géné
de plus nom
liées au cycle
cament pro
pour les class
les tricycliqu
oxydase (IMA
tes déprimées
dent mieux a
situation inv
déresseur de
qué chez celu
tion de leur
ménopause (c
présente aus
femme. Une
dose de tricy
plus élevé da
fois, ces diffé
oraux interfè
ils inhibent le
tique qui inte
dégradation
triptyline, la
Le cas de l'in
œstrogènes p
mais l'augme
de cet antidép
patientes qui

d'interférence sont particulièrement importants chez la femme : le cycle menstruel et la prise d'un contraceptif oral. D'autre part, l'efficacité même de certaines molécules varie d'un sexe à l'autre.

1. **Les antidépresseurs.** — Plusieurs études suggèrent que les femmes répondent plus lentement que les hommes aux antidépresseurs. Elles présentent de manière générale des taux sanguins plus élevés, avec de plus nombreux effets secondaires, des variations liées au cycle reproducteur, et des demi-vies de médicament prolongées. Cela est particulièrement vrai pour les classes plus anciennes d'antidépresseurs, tels les tricycliques ou les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO). Une étude démontre que les patientes déprimées souffrant d'attaques de panique répondent mieux aux IMAO qu'aux tricycliques, alors que la situation inverse prévaut chez l'homme. L'effet antidépresseur des tricycliques serait d'ailleurs plus marqué chez celui-ci, mais on a rapporté une amélioration de leur efficacité chez la femme après la ménopause (c'est le cas de l'imipramine). L'homme présente aussi moins d'effets secondaires que la femme. Une étude a démontré que, pour une même dose de tricycliques, le taux plasmatique mesuré était plus élevé dans le sexe féminin. A forte dose, toutefois, ces différences s'estomperaient. Les contraceptifs oraux interfèrent avec cette classe d'antidépresseurs : ils inhibent le cytochrome $P_{450}IID_6$, une enzyme hépatique qui intervient de manière prédominante dans la dégradation de l'amitriptyline, l'imipramine, la nortriptyline, la clomipramine ou encore la desipramine. Le cas de l'imipramine est le mieux documenté : les œstrogènes réduisent son efficacité à fortes doses, mais l'augmentent à faibles doses. La biodisponibilité de cet antidépresseur est ainsi accrue de 63 % chez les patientes qui utilisent la pilule contraceptive. Déjà à

l'état physiologique, la demi-vie d'élimination de l'imipramine est prolongée chez la femme, c'est pourquoi certains auteurs ont proposé que sa posologie soit réduite d'un tiers afin de minimiser le risque de surdosage. Des interactions avec les contraceptifs sont aussi retrouvées pour l'amitriptyline et la clomipramine. La prise d'hormones sexuelles rend donc les femmes plus exposées à des variations du taux plasmatique des tricycliques, qu'elles risquent déjà à l'état physiologique. Le volume de distribution des antidépresseurs est une autre variable liée au sexe. Il est par exemple plus grand chez la femme pour la trazodone, alors que sa clairance ne se réduit avec l'âge que chez les hommes.

Des études suggèrent que la femme répond de manière plus favorable aux nouvelles classes d'antidépresseurs, tels les inhibiteurs spécifiques de la recapture de la serotonine (SSRI). Plus récents, les SSRI ont été moins étudiés, mais d'importantes variations intersexuelles ont été rapportées. C'est le cas de la fluvoxamine, pour laquelle le taux plasmatique est de 40 à 50 % plus bas chez l'homme en comparaison à la femme. Une situation similaire semble exister pour la sertraline, avec des taux plasmatiques réduits de 35 à 40 % chez l'homme jeune, par rapport à la femme et à l'homme âgés. D'autres molécules de cette classe semblent épargnées, comme la fluoxétine, la paroxétine et le citalopram. La pharmacocinétique de la venlafaxine (inhibiteur de la recapture de la serotonine et de la noradrénaline) ne présenterait pas non plus de modification intersexuelle. Les implications cliniques ne sont pas négligeables. D'une part, la prise d'un traitement hormonal doit toujours être prise en compte, étant donné le risque de variation du taux plasmatique de l'antidépresseur et de la survenue d'interactions médicamenteuses. Des taux plasmatiques accrus sont

en effet liés à l'apparition plus fréquente d'effets indésirables, une molécule à l'intention. Ce sont des événements, et ils sont améliorés. En cas de risque de surdosage, est préférable d'engendrer la plus courte vie la plus courte des associations médicamenteuses.

2. Les nouveaux antidépresseurs « antipsychotiques » (chlorazépate, risperidone) classiques sont-ils un besoin de plus en plus dans la phase aiguë de la maladie. Sa rapidité. Ce plasmogène serait liée à une hypothèse étayée de la posologie ménopause (c'est-à-dire). Dès la teneur crit plus de nombreux hommes, l'hypothèse est claire avec le traitement, aussi de l'existence de certaines molécules (bien

élimination de
me, c'est pour-
e sa posologie
er le risque de
contraceptifs
ne et la clomi-
s rend donc les
du taux plas-
nt déjà à l'état
on des antidé-
sexe. Il est par
r la trazodone,
l'âge que chez

ne réponde de
classes d'anti-
tiques de la
Plus récents,
d'importantes
ortées. C'est le
e taux plasma-
z l'homme en
ation similaire
des taux plas-
homme jeune,
âgés. D'autres
rignées, comme
ram. La phar-
nibiteur de la
adrénaline) ne
fication inter-
sont pas négli-
ement hormo-
e, étant donné
plasmatique de
d'interactions
es accrus sont

en effet liés à une inhibition enzymatique majorée, et à l'apparition d'effets secondaires plus importants et plus fréquents. D'autre part, il vaut mieux choisir une molécule de la nouvelle génération en première intention. Celles-ci présentent en effet moins d'inconvénients, et vraisemblablement une réponse clinique améliorée. En outre, le sexe féminin étant un facteur de risque de la dépression résistante au traitement, il est préférable de choisir les antidépresseurs qui engendrent le moins d'effets secondaires et la demi-vie la plus courte, ce qui rend le recours à des associations médicamenteuses moins problématique.

2. Les neuroleptiques. — Les neuroleptiques (ou *antipsychotiques*) ont eux aussi leurs molécules « classiques » (chlorpromazine, pimozide, etc.) et « nouvelles » (risperidone, sertindole, etc.). Les neuroleptiques classiques sont plus efficaces chez la femme : elle a besoin de plus faibles doses que l'homme, et ce, tant dans la phase aiguë que dans la phase chronique de la maladie. Sa réponse au traitement est également plus rapide. Ce phénomène a été expliqué par l'*hypothèse œstrogénique* : la meilleure réponse chez la femme serait liée à un effet anticholinergique des œstrogènes (et par conséquent un effet antipsychotique). Cette hypothèse était étayée par l'augmentation nécessaire de la posologie avec l'âge, particulièrement à la ménopause (chute des hormones gonadiques circulantes). Dès la troisième décennie, d'ailleurs, il est prescrit plus de neuroleptiques chez les femmes que chez les hommes ; plusieurs études réfutent toutefois l'hypothèse œstrogénique. La situation n'est pas plus claire avec les neuroleptiques de la nouvelle génération, aussi dénommés « atypiques ». Il ne semble pas exister de variation intersexuelle d'efficacité pour certaines molécules, comme la risperidone et l'olanzapine (bien que la réponse au traitement soit plus

rapide après la ménopause avec cette dernière). Pour certaines substances, la règle peut même être inversée : le sexe féminin est ainsi un facteur de mauvaise réponse au traitement par clozapine chez des patients réfractaires aux autres neuroleptiques. L'avantage de ces nouvelles molécules reste toutefois un taux réduit d'effets secondaires quel que soit le sexe.

La pharmacodynamique des neuroleptiques est différente chez la femme : leur taux plasmatique est plus élevé pour une même dose par kilogramme de poids corporel, et leur clairance est significativement plus basse. Le cycle menstruel peut toutefois interférer avec la posologie efficace : une réduction prémenstruelle du taux plasmatique est ainsi possible. L'influence du sexe apparaît en outre au niveau des effets secondaires. C'est tout d'abord le cas en ce qui concerne l'hyperprolactinémie induite par les antipsychotiques, dont les répercussions chez la femme sont plus nombreuses et plus invalidantes (troubles du cycle menstruel, galactorrhée, problèmes sexuels, etc.). La fréquence des dyskinésies tardives post-neuroleptiques est également plus élevée chez la femme (26,6 % contre 21,6 % des cas), et le risque n'augmente avec l'âge que dans le sexe féminin. D'une manière générale, les hommes développent moins fréquemment des mouvements anormaux ou du parkinsonnisme suite à la prise de neuroleptiques. L'éosinophilie surviendrait elle aussi plus souvent chez la femme.

Il semble donc sage de limiter au maximum la prescription des neuroleptiques chez la femme, et de ne les réserver qu'au traitement de la psychose. Un dosage inférieur à celui qui aurait été choisi chez l'homme est alors à observer, et la préférence ira aux molécules de la nouvelle génération, particulièrement celles qui n'engendrent pas d'hyperprolactinémie.

3. Les h

Cette classe
action rapid
l'apparition
dépendance.
en faveur d'
molécules, c
large « fenê

Le facteur
ponibilité de
lytiques, mai
empêche de
zepam a pa
femme en co
cularité s'est
zepam n'ob
présente une
femme, tou
s'accroît ave
féminin. De
plupart de c
variable. C'
oraux, qui se
médicament
hépatiques.
pam et de
chrome P₄₅₀
dance aux t
quente chez
en découle s
Il semble en
la prise chro
les hommes
but d' « opt
que les femm
motifs affect
mais aussi à

ernière). Pour
même être
un facteur de
clozapine chez
neuroleptiques.
reste toutefois
quel que soit le

oleptiques est
lasmatique est
diogramme de
nificativement
outefois inter-
ne réduction
est ainsi pos-
en outre au
ut d'abord le
inémie induite
rcussions chez
s invalidantes
ée, problèmes
ésies tardives
élevée chez la
, et le risque
sexe féminin.
s développent
anormaux ou
neuroleptiques.
plus souvent

maximum la
femme, et de
psychose. Un
é choisi chez
férence ira aux
articulièrement
actinémie.

3. Les hypnotiques, sédatifs et anxiolytiques. —
Cette classe de médicaments est caractérisée par une action rapide et de courte durée, mais surtout par l'apparition à moyen terme d'une tolérance et d'une dépendance. Il y a peu d'arguments dans la littérature en faveur d'une plus grande sensibilité féminine à ces molécules, ce qui est sans doute imputable à leur large « fenêtre thérapeutique ».

Le facteur sexuel joue bien sûr un rôle sur la biodisponibilité des différents hypnotiques, sédatifs et anxiolytiques, mais l'importante variabilité interindividuelle empêche de tirer une ligne de conduite précise. Le diazepam a par exemple une clairance accrue chez la femme en comparaison à l'homme jeune, et cette particularité s'estompe avec l'âge. Le triazolam et le nitrozapam n'obéissent pas à cette règle. Le temazepam présente une demi-vie d'élimination allongée chez la femme, tout comme l'oxazepam, pour lequel elle s'accroît avec l'âge, mais uniquement dans le sexe féminin. De plus, le cycle menstruel interfère avec la plupart de ces molécules, et de manière parfois très variable. C'est également le cas des contraceptifs oraux, qui sont à l'origine de nombreuses interactions médicamenteuses par inhibition de certaines enzymes hépatiques. Ils réduisent ainsi la clairance du diazepam et de l'oxazepam par inhibition du cytochrome P₄₅₀III_A. Des études indiquent que la dépendance aux tranquillisants mineurs s'avère plus fréquente chez la femme. Le sentiment de culpabilité qui en découle serait également plus marqué dans ce sexe. Il semble en outre que les motivations qui entraînent la prise chronique de ces substances puissent différer : les hommes cherchent avant tout une aide qui a pour but d' « optimiser » leur capacité de travail, tandis que les femmes abusent des benzodiazépines pour des motifs affectifs, liés non seulement à leur propre vie, mais aussi à celle de leur entourage.

Il est en conclusion plus prudent de réduire chez la femme les doses d'hypnotiques, de sédatifs et d'anxiolytiques, et de manière générale de limiter leur utilisation dans le temps.

4. **Les autres traitements médicamenteux.** — La littérature suggère l'existence d'un taux plus important de résistance au lithium chez la femme. Ce métal alcalin, aux propriétés thymorégulatrices étonnantes, prévient plus efficacement les phases maniaques que les phases dépressives chez les patients bipolaires de sexe masculin, tandis qu'il prévient aussi bien les deux phases chez la femme. Son taux plasmatique peut être réduit en phase prémenstruelle, mais il existe à cet égard une importante variabilité interindividuelle. Ce phénomène peut cependant être à l'origine d'une exacerbation de la symptomatologie, et doit donc être envisagé de façon systématique. Les éventuelles interactions avec les contraceptifs oraux ne sont pas évidentes. Le lithium est responsable d'un nombre important d'effets indésirables. Parmi ceux-ci, l'hypothyroïdie serait plus fréquente dans le sexe féminin. Plusieurs drogues anti-épileptiques sont par ailleurs utilisées en psychiatrie pour ce même effet stabilisateur de l'humeur — c'est le cas de la carbamazépine et de l'acide valproïque. Elles peuvent toutefois engendrer chez les femmes des troubles du cycle menstruel, des déséquilibres endocriniens, une réduction de l'efficacité des contraceptifs oraux (par induction enzymatique), ainsi que des modifications des caractères faciaux à long terme. On n'a jusqu'à présent rapporté aucune variation de leur efficacité liée au sexe.

Les traitements hormonaux ont surtout été utilisés chez la femme. Il s'agit dans la grande majorité des cas de stratégies visant à pallier des carences œstrogéniques. Elles ont prouvé leur efficacité dans la pré-

vention de la troubles du ménopausique *spécifique*, par triques comme blent néanmoins thérapies hormones secondaires, nes formes d que très peu culière des t charge de la

Enfin, le teux (de man placebo. Nou comme *une m pation des patient, l'int directement l effet placebo.* tains ont af l'efficacité du outre d'une ses indications utilisée avec chez la femm

II. —

Les forme très diverses. les sous-tend à l'individua C'est aussi ce Dès lors, l'in de la psyché d'auteurs se

t de réduire
de sédatifs et
de limiter leur

eux. — La lit-
plus important
me. Ce métal
es étonnantes,
maniaques que
f bipolaires de
i bien les deux
tique peut être
il existe à cet
dividuelle. Ce
ine d'une exa-
loit donc être
entuelles inter-
sont pas évi-
d'un nombre
eux-ci, l'hypo-
sexe féminin.
nt par ailleurs
effet stabilisa-
bamazepine et
utefois engen-
cle menstruel,
réduction de
par induction
ons des carac-
squ'à présent
efficacité liée
out été utilisés
e majorité des
ences œstrogé-
é dans la pré-

vention de la maladie d'Alzheimer, le traitement des troubles du sommeil ou de la dyspareunie post-ménopausiques. Les tentatives de traiter de manière *spécifique*, par cette méthode, des affections psychiatriques comme la dépression du post-partum semblent néanmoins fastidieuses et peu sûres. De plus, les thérapies hormonales ne sont pas exemptes d'effets secondaires, qui vont de malaises atypiques à certaines formes de cancers gynécologiques. Il n'y a donc que très peu d'arguments en faveur d'une utilité particulière des traitements hormonaux dans la prise en charge de la maladie mentale.

Enfin, le plus utilisé des traitements médicamenteux (de manière consciente ou involontaire !) reste le placebo. Nous avons récemment proposé de le définir comme *une modalité thérapeutique qui exige la participation des fonctions intellectuelles supérieures du patient, l'intensité de cette participation induisant directement la réponse somatique curative, dénommée effet placebo*. Il n'existe aucune preuve, même si certains ont affirmé le contraire, d'une variation de l'efficacité du placebo en fonction du sexe. Il s'agit en outre d'une forme de traitement à part entière, avec ses indications et ses effets secondaires, qui doit être utilisée avec discernement, tant chez l'homme que chez la femme.

II. — Les psychothérapies

Les formes de psychothérapies sont multiples et très diverses. Quelle que soit l'approche théorique qui les sous-tend, elles ont le point commun de s'adapter à l'individualité du patient qu'elles visent à traiter. C'est aussi ce qui les rend difficilement comparables. Dès lors, l'influence du facteur sexuel sur l'efficacité de la psychothérapie a été peu étudiée. Beaucoup d'auteurs se sont d'ailleurs gardés de l'aborder, en

invoquant la complexité et la multiplicité des facteurs confondants. Une autre tendance vise à les minimiser. L'analyse de la littérature psychiatrique suggère cependant le contraire. Certains ont d'ailleurs tenté d'intégrer les implications sociologiques et culturelles de l'appartenance à un sexe dans le déroulement de la thérapie.

Il apparaît de manière récurrente le fait que les femmes répondent de manière plus satisfaisante aux psychothérapies brèves ou interpersonnelles, de groupe. Elles seraient de manière générale plus compliantes que leurs équivalents masculins, notamment dans le respect du cadre (présence aux rendez-vous, etc.). Leur réponse à la psychothérapie serait toutefois plus lente que celle de l'homme, dans les cas de dépressions chroniques du moins. Ces derniers bénéficient également d'un taux de guérison supérieur lorsque l'on associe des antidépresseurs tricycliques à la psychothérapie. La psychanalyse, de par sa technique, rend particulièrement difficile l'évaluation du facteur sexuel. L'influence du sexe du thérapeute par rapport au sexe du patient a malgré tout fait l'objet de recherches, mais sans conclusion définitive : selon certains travaux, il est préférable pour une femme d'avoir un médecin de sexe masculin (elle pourrait alors plus facilement l'identifier aux figures masculines marquantes de son histoire), mais pour d'autres cela n'a aucune incidence. Il semble aussi que les patientes soient plus souvent victimes d'abus sexuel de la part de leur thérapeute que les hommes, et c'est un aspect qui est fréquemment négligé. Les résultats de la thérapie cognitivo-comportementale paraissent comparables chez l'homme et la femme déprimés. Toutefois, lorsque le trouble dépressif est d'intensité particulièrement sévère, le taux de guérison est significativement plus élevé chez les femmes avec cette technique. Il arrive que certaines psycho-

thérapies soient étudiées sur ce point, soit perçues comme schizo-phréniques, soit perçues comme marquées par l'adolescence, une méta-analyse d'études sur l'âge, et qui rap- portent que quel- que soit le long terme de l'adolescence, les pes d'âge et

La techn- que d'intégrer l'app- l'avons déjà a des réperc- son comport- de la psych- compte. L'a- approfondi p- la psychothé- intrapsychiq- la femme. L- servir d'outil- doit être mo- du rapport d- revaloriser le- l'influence dé- rable à l'hon- l'intégration- rapie. Les t- amènent la- multiples que- psychologi- patiente peuv-

é des facteurs
les minimiser.
rique suggère
d'ailleurs tenté
et culturelles
ulement de la

e fait que les
isfaisante aux
sonnelles, de
ale plus com-
s, notamment
aux rendez-
thérapie serait
me, dans les
s. Ces derniers
guérison supé-
sseurs tricycli-
yse, de par sa
le l'évaluation
du thérapeute
algré tout fait
clusion défini-
référable pour
masculin (elle
ier aux figures
e), mais pour
semble aussi
victimes d'abus
e les hommes,
nt négligé. Les
mportementale
e et la femme
e dépressif est
taux de guéri-
chez les femmes
ertaines psycho-

thérapies soient appliquées à la schizophrénie. Une étude sur ce sujet suggère que la thérapie familiale soit perçue de façon plus favorable par les femmes schizophrènes que la thérapie de soutien ou les thérapies personnelles, et cette différence est moins marquée chez les hommes. Durant l'enfance et l'adolescence, le facteur sexuel joue aussi un rôle : une méta-analyse a repris les données tirées de 150 études sur l'évolution de patients issus de ces classes d'âge, et qui avaient subi divers types de psychothérapies. Quels qu'ils soient, les meilleurs résultats à long terme sont obtenus chez les filles, durant l'adolescence, en comparaison à tous les autres groupes d'âge et de sexe.

La technique psychothérapeutique elle-même peut intégrer l'appartenance au sexe féminin. Comme nous l'avons déjà évoqué, le *rôle lié au genre* d'un individu a des répercussions tant dans sa vie sociale que dans son comportement général. Il s'agit donc d'un aspect de la psychodynamique qui mérite d'être pris en compte. L'aspect sociopolitique a d'ailleurs été approfondi par certains auteurs, qui considèrent que la psychothérapie traditionnelle, centrée sur la vie intrapsychique, ne s'est pas adressée à la condition de la femme. L'analyse du contexte social doit plutôt servir d'outil thérapeutique, et l'attitude du psychiatre doit être modifiée – dans le sens d'une minimisation du rapport de force dans la thérapie. L'objectif est de revaloriser le rôle de la femme, et aussi d'atténuer l'influence délétère d'un environnement culturel favorable à l'homme. C'est en ce sens que fut proposée l'intégration des valeurs du féminisme à la psychothérapie. Les techniques psychodynamiques féministes amènent la patiente à mieux appréhender les rôles multiples que jouent son symptôme dans le contexte psychologique. Les antécédents puerpéraux de la patiente peuvent aussi être intégrés à la démarche thé-

rapeutique, et leur abord facilite parfois de façon surprenante le traitement de l'épisode en cours. Souvent négligées, ces affections du post-partum ont en effet des répercussions à long terme sur la santé mentale d'une femme.

Les preuves d'une influence du sexe du patient sur le déroulement des psychothérapies sont donc moins nombreuses que dans le cas des traitements médicamenteux, mais elles existent. Il s'agit toutefois d'un domaine de la recherche psychiatrique qui reste pauvre, et il n'est donc pas possible de tirer une ligne de conduite pragmatique. Toutefois, il semble toujours judicieux, au vu de l'importance jouée par les facteurs socioculturels dans la pathologie mentale féminine, de prendre en compte l'appartenance à ce sexe dans la conduite des thérapies non pharmacologiques.

III. — Les autres formes de traitement

Il existe en psychiatrie des traitements qui ne sont ni médicamenteux, ni psychothérapeutiques — on pourrait les qualifier de « thérapies physiques ». Ils agissent en effet directement sur la matière cérébrale, par exemple sous la forme de courants électriques (électroconvulsivothérapie) ou magnétiques (stimulation magnétique transcrânienne), ou encore par le geste chirurgical irréversible (psychochirurgie). Ces thérapies physiques sont souvent utilisées en dernier recours, ou du moins en seconde ligne, lorsque les prises en charge usuelles restent sans effet. Certaines de celles-ci semblent toutefois promises à un développement futur, comme la stimulation magnétique, qui en est encore à ses premiers balbutiements.

L'électroconvulsivothérapie (ECT) est une méthode très efficace dont le confort pour le patient s'est considérablement amélioré ces dernières années.

Les différen
niveaux. D'
démontré qu
que l'homme
affection d'i
patients ayan
étaient de se
vue techniq
l'excitabilité
convulsif init
ce, quelle qu
scalp. Les fe
nombre de
convulsif dan
dance dynam
des hommes,
du premier E
effets second
férences inter
brale expliqu
des troubles
droite. L'ap
donc directer
la tolérance
daires en dé
La psycho
ployée de no
ment enthous
de tomber p
tion des pren
réserve encor
ment sévères
intersexuelle
effets second
tes, telles la
la tractotomi
draît pour la

de façon sur-
ours. Souvent
n ont en effet
santé mentale

du patient sur
t donc moins
tements médi-
toutefois d'un
ue qui reste
de tirer une
fois, il semble
nce jouée par
ologie mentale
appartenance à ce
on pharmaco-

traitement

ts qui ne sont
utiques — on
hysiques ». Ils
tière cérébrale,
ts électriques
iques (stimula-
encore par le
chirurgie). Ces
ées en dernier
ne, lorsque les
effet. Certaines
à un dévelop-
agnétique, qui
ents.

t une méthode
e patient s'est
nières années.

Les différences intersexuelles se situent à plusieurs niveaux. D'une part, des études américaines ont démontré que la femme a 1,42 fois plus de chance que l'homme de recevoir des ECT pour une même affection d'intensité équivalente. Ainsi, 71 % des patients ayant reçu des ECT aux États-Unis en 1986 étaient de sexe féminin. D'autre part, d'un point de vue technique, une différence intersexuelle dans l'excitabilité neuronale est responsable d'un seuil convulsif initial de 31 % supérieur chez l'homme, et ce, quelle que soit la répartition des électrodes sur le scalp. Les femmes ont aussi besoin d'un plus grand nombre de stimulations pour déterminer le seuil convulsif dans les cas d'ECT bilatérale. Leur impédance dynamique étant 22 % plus élevée que celle des hommes, la durée de convulsion des femmes lors du premier ECT est plus longue. Enfin, au niveau des effets secondaires de cette thérapie physique, les différences intersexuelles touchant la latéralisation cérébrale expliquent la moindre incidence chez la femme des troubles cognitifs qui suivent l'ECT unilatérale droite. L'appartenance au sexe féminin influence donc directement la stratégie de titration de l'ECT, et la tolérance au traitement ainsi que les effets secondaires en découlent directement.

La psychochirurgie n'est que très rarement employée de nos jours. Elle avait connu un développement enthousiaste entre les années 1930 et 1950 avant de tomber peu à peu en désuétude, suite à l'apparition des premiers médicaments psychotropes. On la réserve encore aux troubles résistants ou particulièrement sévères. Il ne semble pas exister de variation intersexuelle dans la réponse au traitement ou les effets secondaires pour les opérations les plus courantes, telles la cingulotomie, la capsulotomie ou encore la tractotomie subcaudale. La même situation prévaut pour la stimulation magnétique transcrânienne,

mais cette technique est encore trop peu utilisée pour permettre des conclusions définitives. La même remarque s'applique à la thérapie par la lumière du trouble affectif saisonnier ou à la technique de l'*eye movement desensitisation*, utilisée dans l'état de stress post-traumatique.

IV. — Les traitements durant la grossesse et l'allaitement

Toutes les médications psychotropes traversent le placenta. Il n'est cependant pas toujours possible d'arrêter ces traitements durant la grossesse ou d'éviter de les prescrire : d'une part il s'agit d'une période de la vie qui n'est pas épargnée par la maladie mentale, et d'autre part certaines femmes ont besoin d'une couverture médicamenteuse de longue durée. C'est le cas dans la schizophrénie, mais aussi dans les troubles de l'humeur ou les troubles anxieux. Le risque de rechute est très élevé en cas d'arrêt du traitement, et les conséquences sur le bon déroulement de la grossesse et la santé du fœtus deviennent alors aussi préoccupantes, sinon plus encore... Le corps médical reste très prudent dans ce domaine : les études dans la littérature scientifique sont rares et ce n'est que tout récemment que des consensus ont été publiés. L'expérimentation sur la femme enceinte est en effet strictement interdite, et les auteurs ne pouvaient rapporter que des cas isolés ou des études rétrospectives. Toutefois, la moitié des grossesses environ n'est pas planifiée, et, les psychotropes étant d'usage courant, il n'est pas rare que la patiente en ait consommés sans savoir qu'elle était enceinte. Il est donc possible à l'heure actuelle d'évaluer les risques de manière raisonnable.

L'utilisation de médicaments psychotropes durant la grossesse est susceptible d'engendrer des complica-

tions de trois
fœtus (térato
bébé, et des
ment de l'en
Le risque té
premières ser
à la période
tal est un ex
nouveau-né a
mécanisme d
par la mère,
aux effets se
d'isoler les ri
chotrope : le
mentale chro
loppement n
sache vraie
quences à lo
enfant, de l'e
est encore n
contacts ave
rôle crucial,
souffre d'un
déjà poser p
La psycho
plus sûre ch
heureusement
thérapie de s
insuffisante
compensatio
est alors un
dans les aff
depuis 1941,
pour le fœtu
Les résulta
antidépresseu
jour suggère

utilisée pour
es. La même
la lumière du
nique de l'eye
l'état de stress

ment

s traversent le
jours possible
grossesse ou
il s'agit d'une
argnée par la
es femmes ont
use de longue
nie, mais aussi
oubles anxieux.
cas d'arrêt du
e bon déroule-
tus deviennent
s encore... Le
e domaine : les
ont rares et ce
sensus ont été
ne enceinte est
uteurs ne pou-
ou des études
des grossesses
photropes étant
la patiente en
enceinte. Il est
uer les risques

otropes durant
des complica-

tions de trois ordres : un risque de malformation du fœtus (tératogénicité), un syndrome périnatal chez le bébé, et des séquelles à long terme sur le développement de l'enfant (comportement, intelligence, etc.). Le risque tératogène est critique durant les douze premières semaines de la gestation – cela correspond à la période de l'organogenèse. Le syndrome périnatal est un ensemble de symptômes présenté par le nouveau-né après la délivrance. Il peut être dû à un mécanisme de sevrage lié à la substance consommée par la mère, à la poursuite de ses effets, ou encore aux effets secondaires. Il n'est pas toujours facile d'isoler les risques directement liés à la molécule psychotrope : les femmes qui présentent une affection mentale chronique sont déjà plus exposées au développement médiocre de leur bébé, sans que l'on sache vraiment pourquoi. De plus, évaluer les conséquences à long terme, sur le développement d'un enfant, de l'exposition intra-utérine à un médicament est encore moins aisé : on sait en effet que les contacts avec la mère jouent dans ce domaine un rôle crucial, or ils sont perturbés lorsque celle-ci souffre d'un trouble psychiatrique, ce qui en soi peut déjà poser problème.

La psychothérapie est la forme de traitement la plus sûre chez la femme enceinte. Elle est malheureusement loin d'être la plus efficace. Une thérapie de soutien est toujours utile, mais elle est insuffisante dans les cas graves ou dans les décompensations brutales. L'électroconvulsivothérapie est alors un traitement de choix. Elle est indiquée dans les affections psychiatriques de la grossesse depuis 1941, et n'entraîne aucun effet indésirable pour le fœtus.

Les résultats sont globalement rassurants pour les antidépresseurs. L'analyse des études disponibles à ce jour suggère qu'il n'existe aucun lien entre l'uti-

lisation des tricycliques durant la grossesse et le risque de malformation congénitale. Leur utilisation n'est toutefois pas sans effet secondaire : il existe un syndrome de « sevrage » aux tricycliques chez le nouveau-né. Celui-ci présente de l'irritabilité, des plaintes anxieuses et parfois des convulsions. Plus rarement, des symptômes de type anticholinergiques peuvent apparaître, comme la rétention urinaire et l'obstruction intestinale. Qu'ils soient pris par la mère durant le premier trimestre ou tout au long de la grossesse, on n'a pas observé d'anomalie de développement chez le bébé, que cela soit au niveau de son comportement général, du langage, du QI, ou de son humeur. Nous avons moins de recul pour les antidépresseurs de la nouvelle génération. Des études récentes semblent toutefois démontrer que la prise de fluoxetine serait sans danger. Il n'existerait pas non plus de risque accru de malformation fœtale, ni de fausse couche ou de mort à la naissance consécutifs à la prise de fluvoxamine, sertraline et paroxetine. L'existence d'un syndrome néonatal demeure cependant inconnu, tout comme les répercussions sur le développement de l'enfant – sauf pour la fluoxetine, qui n'aurait pas d'effet néfaste. Les données manquent encore pour certaines molécules, comme la venlafaxine ou la trazodone. Il est par contre vérifié que l'utilisation des antidépresseurs de type IMAO (inhibiteurs de la monoamine oxydase) présente un risque tératogène non négligeable. Cela est particulièrement vrai pour la phenelzine et la tranylcypromine.

Les effets des neuroleptiques prescrits chez la femme enceinte ne sont pas très bien connus. Ils ne sont pourtant pas d'utilisation exceptionnelle : les antiémétiques que reçoivent certaines patientes pour juguler leurs vomissements ont en fait une structure chimique de type neuroleptique mineur. Une méta-

analyse sur le
mentation sig
tion fœtale (e
n'est particul
concerne les m
psychose, les
plus de malfo
bébés de mère
chlorpromazin
son à celles q
gories ont der
population gé
génicité, la ch
gèreuse que l
utilisée, l'halé
risque de ma
tent pas pou
génération ou
présenter un s
Les symptôm
l'agitation mo
anormaux et
ral passagers
mois après la
cas de jauniss
intestinale. E
leptiques n'a
enfants.

Les benz
répandu de l
anxiolytiques,
qu'elles sont
coup de prat
prescription d
de substances
seurs. Leur u
augmente de

grossesse et le
Leur utilisation
ire : il existe un
cliques chez le
irritabilité, des
onvulsions. Plus
nticholinergiques
tion urinaire et
nt pris par la
tout au long de
d'anomalie de
a soit au niveau
gage, du QI, ou
e recul pour les
tion. Des études
que la prise de
isterait pas non
n fœtale, ni de
ance consécutifs
e et paroxétine.
natal demeure
épercussions sur
pour la fluoxe-
e. Les données
lécules, comme
est par contre
dépresseurs de
amine oxydase)
égligeable. Cela
henelzine et la

escrits chez la
connus. Ils ne
ptionnelle : les
patientes pour
it une structure
eur. Une méta-

analyse sur le sujet indique qu'ils entraînent une augmentation significative du risque relatif de malformation fœtale (elle se chiffre à 0,4 %). Aucun organe n'est particulièrement touché cependant. En ce qui concerne les molécules plus incisives, utilisées dans la psychose, les études sont rares. Il n'existerait pas plus de malformation ou de fausse couche chez les bébés de mères schizophrènes qui étaient traitées par chlorpromazine durant leur grossesse, en comparaison à celles qui ne l'étaient pas (mais les deux catégories ont deux fois plus d'enfants malformés que la population générale). Du point de vue de la tératogénicité, la chlorpromazine serait pourtant plus dangereuse que la piperazine. Substance très largement utilisée, l'haloperidol n'a jamais été associé à un risque de malformation fœtale. Les données n'existent pas pour les antipsychotiques de la nouvelle génération ou pour la clozapine. Le nouveau-né peut présenter un syndrome néonatal lié au neuroleptique. Les symptômes en sont des tremblements, de l'agitation motrice, de l'hypertonie, des mouvements anormaux et des difficultés à téter. Ils sont en général passagers, mais peuvent persister jusqu'à dix mois après la naissance. On a aussi rapporté des cas de jaunisse (ictère néonatal) et d'obstruction intestinale. Enfin, l'exposition prénatale aux neuroleptiques n'aurait pas d'influence sur le QI des enfants.

Les benzodiazépines, molécules d'usage très répandu de la famille des hypnotiques, sédatifs et anxiolytiques, présentent un risque très sérieux lorsqu'elles sont utilisées chez la femme enceinte. Beaucoup de praticiens font l'erreur de poursuivre leur prescription durant la grossesse, au détriment parfois de substances moins dangereuses, tels les antidépresseurs. Leur utilisation durant le premier trimestre augmente de façon significative le risque de fentes

labio-palatines (« bec-de-lièvre ») – c'est le cas du diazepam et de l'alprazolam. De plus, et ce quel que soit le moment de l'exposition durant la gestation, les benzodiazépines entraînent l'apparition d'un syndrome néonatal. Le bébé présente de l'hypotonie musculaire, des arrêts respiratoires, et des problèmes de régulation de la température corporelle ; il refuse de s'alimenter – à l'accouchement le score d'Apgar, qui reflète l'état de santé du nouveau-né, est faible. Des retards dans le développement de l'enfant sont de surcroît possibles.

Parmi les stabilisateurs de l'humeur, le lithium fut déconseillé chez la femme enceinte dès les années 1960. Il était accusé d'engendrer un risque tératogène très élevé. Il semble toutefois que ce danger fut surestimé, et l'on avance à l'heure actuelle un risque deux à cinq fois plus élevé de malformations cardiovasculaires et dix à vingt fois plus élevé d'une malformation cardiaque particulière, appelée l'anomalie d'Ebstein (le risque global reste malgré tout très faible, car il s'agit d'un syndrome rare dans la population générale). Le lithium est en outre responsable d'un syndrome néonatal – le *floppy baby* – caractérisé par de la cyanose et de l'hypertonie. Il ne produirait cependant aucun effet néfaste sur le développement à long terme de l'enfant. Comme il est parfois impossible de l'arrêter durant la grossesse (d'autant plus qu'il pourrait ne plus agir lors de la reprise – c'est l'une des caractéristiques de l'effet thérapeutique du lithium), et étant donné l'abondance des échanges sanguins entre la mère et le fœtus lors de l'accouchement, on conseille généralement de réduire son dosage de 25 à 30 % juste avant la délivrance, et de monitoriser le développement cardiaque du fœtus. Les autres drogues thymorégulatrices, l'acide valproïque et la carbamazépine, entraîneraient un risque de *spina bifida* (mauvaise fermeture du

tube neural) :
utilisées duran
La survenue d
possible, ains
plus rares, c
croissance. L
n'auraient au
intellectuel de
Enfin, l'abu
croissance et
tératogène exi
mines entraîne
tabilité, pleur
toires). Il est a
turbent le com
violence ?).

Après l'accou
autre période
patiente médic
corps médical,
leur enfant. L
contacts entre
de nombreux a
lait contient d
tent la digesti
représente au
l'infection (les
vent malades :
res, d'allergies
taux de morta
bas, et leur dé
synthèse des é
risque fœtal l
triptylène, nor
dothiepin et se
pas dans le la
seurs de pren

c'est le cas du
et ce quel que
la gestation, les
ion d'un syn-
de l'hypotonie
t des problèmes
orelle ; il refuse
score d'Apgar,
u-né, est faible.
L'enfant sont de

r, le lithium fut
dès les années
isque tératogène
ce danger fut
tuelle un risque
mations cardio-
levé d'une mal-
elée l'anomalie
algré tout très
e dans la popu-
tre responsable
baby - caracté-
onie. Il ne pro-
sur le dévelop-
Comme il est
nt la grossesse
agir lors de la
es de l'effet thé-
né l'abondance
et le fœtus lors
néralement de
e avant la déli-
ment cardiaque
morégulatrices,
, entraîneraient
e fermeture du

tube neural) multiplié par quinze, lorsqu'elles sont utilisées durant le premier trimestre de la grossesse. La survenue de fentes labio-palatines est également possible, ainsi que diverses anomalies bénignes et plus rares, qui tendent à disparaître avec la croissance. L'acide valproïque et la carbamazépine n'auraient aucune influence sur le développement intellectuel de l'enfant.

Enfin, l'abus d'amphétamines engendre retard de croissance et prématurité du nourrisson. Un risque tératogène existe, mais reste mal défini. Les amphétamines entraînent de plus un syndrome périnatal (irritabilité, pleurs, agitation, fatigue et arrêts respiratoires). Il est aussi possible qu'à long terme elles perturbent le comportement de l'enfant (propension à la violence ?).

Après l'accouchement, l'allaitement au sein est une autre période risquée pour le nourrisson d'une patiente médiquée. La méthode est encouragée par le corps médical, et la moitié des mères environ allaitent leur enfant. L'allaitement maternel, qui privilégie les contacts entre la mère et le nouveau-né, a par ailleurs de nombreux avantages d'un point de vue médical : le lait contient des enzymes et des nucléotides qui facilitent la digestion et l'absorption des nutriments, il représente aussi un facteur de protection face à l'infection (les enfants nourris au sein sont moins souvent malades : ils font moins d'infections respiratoires, d'allergies, d'otites et d'infections urinaires). Le taux de mortalité de ces enfants est également plus bas, et leur développement intellectuel meilleur. Une synthèse des études sur le sujet souligne l'absence de risque fœtal lorsque la mère est traitée par amitriptyline, nortriptyline, desipramine, clomipramine, dothiepin et sertraline. Ces molécules, qui ne passent pas dans le lait maternel, sont donc des antidépresseurs de premier choix. Un risque existerait par

contre avec la doxépine (dépression respiratoire du nouveau-né), et des effets secondaires ont été rapportés chez des nourrissons dont la mère était traitée par fluoxétine (l'enfant reçoit dans le lait 3 à 10 % de la dose absorbée par la mère). De plus, des accumulations du produit dans l'organisme sont possibles avec les SSRI, mais pas avec les tricycliques – le risque est d'ailleurs réduit avec ces derniers chez l'enfant de plus de dix semaines. L'halopéridol et les neuroleptiques de type phénotiasides passent dans le lait maternel – il n'est toutefois pas certain qu'ils puissent produire des effets indésirables chez le nourrisson ; les données manquent pour les autres molécules. Il paraît donc préférable de déconseiller l'allaitement maternel en cas de prise de neuroleptiques. Les benzodiazépines passent aussi dans le lait maternel, à des doses suffisantes pour provoquer l'intoxication du nouveau-né (dont les premiers signes sont la dyspnée, la bradycardie et la somnolence). Enfin, le lithium et les autres stabilisateurs de l'humeur sont excrétés dans le lait, et devraient donc être déconseillés en cas d'allaitement au sein.

Le traitement des affections psychiatriques chez la femme enceinte reste donc un problème, même si, dans l'ensemble, le risque absolu de malformations congénitales consécutives à l'exposition prénatale aux psychotropes reste bas. L'arrêt de la médication engendre autant, sinon plus, de risques que sa continuation. Il convient toutefois de choisir les molécules les plus sûres, et de déconseiller la prise de benzodiazépines, si répandue. Par ailleurs, il est nécessaire d'adapter le dosage du médicament utilisé : les femmes enceintes ont en effet besoin de doses *plus importantes* pour obtenir la même réponse clinique. Cela s'explique par une modification de la pharmacocinétique propre à l'état gravide : stimulation du métabolisme hépatique, accroissement du volume de

distribution et
tées. L'électr
tive un mode
ticulièrement
psychotrope n
indication ab
autant que la
de la patiente
plus dangereux
stabilisateurs
vilégier l'allait

respiratoire du
ont été rappor-
était traitée par
3 à 10 % de la
des accumula-
t possibles avec
s - le risque est
l'enfant de plus
neuroleptiques
le lait maternel
ussent produire
on ; les données
Il paraît donc
nt maternel en
enzodiazé-pines
des doses suffi-
du nouveau-né
pnée, la brady-
lithium et les
excrétés dans le
conseillés en cas

hiatriques chez
olème, même si,
malformations
n prénatale aux
la médication
es que sa conti-
ir les molécules
se de benzodia-
est nécessaire
utilisé : les fem-
de doses *plus*
ponse clinique.
de la pharma-
stimulation du
du volume de

distribution et réduction du taux de liaison aux pro-
téines. L'électroconvulsivothérapie reste en alterna-
tive un mode de prise en charge sûr et efficace, par-
ticulièrement adapté aux cas aigus. La prise d'un
psychotrope n'est pas non plus un facteur de contre-
indication absolu à l'allaitement maternel, pour
autant que la molécule utilisée soit sûre et que l'état
de la patiente le permette. Pour les substances les
plus dangereuses (neuroleptiques, benzodiazépines,
stabilisateurs de l'humeur), mieux vaut toutefois pri-
vilégier l'allaitement artificiel.

bagage génétique. Cette génétique moléculaire promet d'ailleurs beaucoup à la psychiatrie, mais elle s'éternise au stade des fiançailles... La physiologie même du cerveau nous est inconnue dans sa subtilité, et, point crucial pour la psychiatrie, ses rapports avec la pensée demeurent totalement incompris. Il n'est plus possible à l'heure actuelle de mener une étude sans tenir compte du sexe des patients qui y sont inclus, mais l'on ne s'intéresse encore que trop rarement aux particularités de la femme et de l'homme *de façon directe*.

Deux psychiatries méritent d'être isolées, dans l'intérêt du patient. Cela ne signifie pas qu'il faille les opposer, ni même nier les nombreux points communs qui les unissent. Mais il est indispensable d'approfondir nos connaissances spécifiques. La femme en souffrance psychologique ne bénéficie pas d'une prise en charge optimale : l'appartenance au sexe féminin devrait être prise en compte pour cela, et un effort tant dans la recherche que dans la pratique quotidienne doit être consenti. La notion même de psychiatrie de la femme doit dans ce but être diffusée et vulgarisée. Qui, mieux que les femmes elles-mêmes, seraient les mieux placés pour le réclamer ?

BIBLIOGRAPHIE

- Altshuler L. L., Cohen L., Szuba M. P. *et al.*, Pharmacologic management of psychiatric illness during pregnancy : dilemmas and guidelines, *Am. J. Psychiatry*, 153, 592-606, 1996.
- American College of Obstetricians and Gynecologists, Depression in women [Technical bulletin n° 182], *Int. J. Gynecol. Obstet.*, 43, 203-211, 1993.
- American College of Obstetricians and Gynecologists, Premenstrual syndrome [Technical bulletin n° 155], *Int. J. Gynecol. Obstet.*, 50, 80-84, 1995.
- American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (DSM-IV)*, Washington, DC, APA, 1994.
- Angold A., Costello E. J., Worthman C. M., Puberty and depression : the roles of age, pubertal status and pubertal timing, *Psychol. Med.*, 28, 51-61, 1998.
- Arnol A. P., Genetically triggered sexual differentiation of brain and behavior, *Horm. Behav.*, 30, 495-505, 1996.
- Asher R., Münchausen's syndrome, *Lancet*, 1, 239-241, 1951.
- Avis N. E., Brambilla D., Mc Kinlay S. M. *et al.*, A longitudinal analysis of the association between menopause and depression. Results from the Massachusetts Women's Health Study, *Ann. Epidemiol.*, 4, 214-220, 1994.
- Ballard C. G., Stanley A. K., Brockington I. F., Post-traumatic stress disorder (PTSD) after childbirth, *Br. J. Psychiatry*, 166, 525-528, 1995.
- Ballinger C. B., Psychiatric aspects of the menopause, *Br. J. Psychiatry*, 156, 773-787, 1990.
- Bernard J., Najean Y., Alby N. *et al.*, Les anémies hypochromes dues à des hémorragies volontairement provoquées. Syndrome de Lathénie de Ferjol, *Presse Med.*, 75, 2087-2090, 1967.
- Breslau N., Davis G. C., Andreski P. *et al.*, Sex differences in post-traumatic stress disorder, *Arch. Gen. Psychiatry*, 54, 1044-1048, 1997.
- Brockington I. F., Kumar R., *Motherhood and mental illness*, London, Academic Press, 1982.
- Brown E., Barglow P., Pseudocyesis. A paradigm for psychophysiological interactions, *Arch. Gen. Psychiatry*, 24, 221-229, 1971.
- Buchanan C. M., Eccles J. S., Becker J. B., Are adolescents the victims of raging hormones : evidence for activational effects of hormones on mood and behavior, *Psychol. Sci.*, 3, 105-112, 1992.
- Bydlowski M., Raouf, puerpéralité : la dépression post-partum, *Psychiatr.*, 4, 321-324, 1992.
- Coffey C. E., Lucke, Dépression post-partum et troubles convulsifs, *Epilepsia*, 37, 713-720, 1995.
- Cohen L. M., A current review of the literature, *Psychiatr.*, 139, 1140-1144, 1992.
- Cooper P. J., Murran, Evidence for a causal relationship, *Br. J. Psychiatry*, 161, 105-106, 1992.
- Cox J. L., Holden J., Development of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), *Br. J. Psychiatry*, 161, 98-101, 1992.
- Cox J., Holden J., Paley, Postnatal Depression, *Psychiatr.*, 139, 1140-1144, 1992.
- Crow T. J., Sexual selection of psychosis, *Lancet*, 1, 105-106, 1992.
- Daily W. J. R., Cole, Postnatal depression, *Med.*, 58, 533-538, 1992.
- Demaret A., De la g, *Psychiatr. Belg.*, 91, 105-106, 1992.
- Ettorre E., Klaukka, dependency and, 1994.
- Eisenberg L., The so, *Psychiatr.*, 152, 1563-1564, 1992.
- Fleming J. E., Offo, disorders : a critical, 571-580, 1990.
- Geurts T. B. P., Go, interactions with, hing, 1993.
- Godfroid I. O., Cha, conséquences et, [Annexe : Traduct, Scale], *Rev. Fr. G*, 1992.
- Godfroid I. O., Char, *Brux.*, 17, 22-26, 1992.
- Godfroid I. O., Vers, *Obstét.*, 92, 157-158, 1992.
- Godfroid I. O., La p, triques spécifiques, 159-169, 1997.
- Godfroid I. O., La p, triques de fréque, l'organisation céré, 1997.
- Godfroid I. O., Une, *Ann. Méd. Psych*

- on mood and behavior at adolescence, *Psychol. Bull.*, 111, 62-107, 1992.
- Bydlowski M., Raoul-Duval A., Un avatar psychique méconnu de la puerpéralité: la névrose traumatique post-obstétricale, *Perspect. Psychiatr.*, 4, 321-328, 1978.
- Coffey C. E., Lucke J., Weiner R. D. et al., Seizure threshold in electroconvulsive therapy, I: Initial seizure threshold, *Biol. Psychiatry*, 37, 713-720, 1995.
- Cohen L. M., A current perspective of pseudocyesis, *Am. J. Psychiatry*, 139, 1140-1144, 1982.
- Cooper P. J., Murray L., Course and recurrence of postnatal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic concept, *Br. J. Psychiatry*, 166, 191-195, 1995.
- Cox J. L., Holden J. M., Sagovsky R., Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), *Br. J. Psychiatry*, 150, 782-786, 1987.
- Cox J., Holden J., *Perinatal psychiatry. Use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale*, London, Gaskell, 1994.
- Crow T. J., Sexual selection, machiavellian intelligence, and the origins of psychosis, *Lancet*, 342, 594-598, 1993.
- Daily W. J. R., Coles J. M., Creger W. P., Factitious anemia, *Ann. Int. Med.*, 58, 533-538, 1963.
- Demaree A., De la grosseesse nerveuse à l'anorexie mentale, *Acta Psychiatr. Belg.*, 91, 11-22, 1991.
- Ettorre E., Klaukka T., Riska E., Psychotropic drugs: long-term use, dependency and the gender factor, *Soc. Sci. Med.*, 39, 1667-1673, 1994.
- Eisenberg L., The social construction of the human brain, *Am. J. Psychiatry*, 152, 1563-1575, 1995.
- Fleming J. E., Offord D. R., Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review, *J. Am. Acad. Child Adol. Psychiatry*, 29, 571-580, 1990.
- Geurts T. B. P., Goorissen E. M., Sitsen J. M. A., *Summary of drug interactions with oral contraceptives*, New York, Parthenon Publishing, 1993.
- Godfroid I. O., Charlot A., La dépression du post-partum: causes, conséquences et traitements, revus pour une stratégie préventive [Annexe: Traduction française de l'Edinburgh Postnatal Depression Scale], *Rev. Fr. Gynécol. Obstét.*, 91, 52-56, 1996.
- Godfroid I. O., Charlot A., La psychiatrie du post-partum, *Rev. Méd. Brux.*, 17, 22-26, 1996.
- Godfroid I. O., Vers une psychiatrie de la femme, *Rev. Fr. Gynécol. Obstét.*, 92, 157-158, 1997.
- Godfroid I. O., La psychiatrie de la femme, I: Les affections psychiatriques spécifiques au sexe féminin, *Rev. Fr. Gynécol. Obstét.*, 92, 159-169, 1997.
- Godfroid I. O., La psychiatrie de la femme, II: Les affections psychiatriques de fréquence plus élevée chez la femme: hypothèse de l'organisation cérébrale, *Rev. Fr. Gynécol. Obstét.*, 92, 233-243, 1997.
- Godfroid I. O., Une vue d'ensemble sur la dépression du post-partum, *Ann. Méd. Psychol.*, 155, 379-385, 1997.

Godfroid I. O., Hubain P. P., Dramaix M. *et al.*, Le sommeil durant la dépression du post-partum, *Encéphale*, 23, 262-266, 1997.

Godfroid I. O., Placebo I : L'effet placebo : une gifle à la science ?, *Ann. Méd. Psychol.*, 155, 436-443, 1997.

Godfroid I. O., Placebo II : Psychiagénie et hypothèse de l'organisation cérébrale, *Ann. Méd. Psychol.*, 156, 108-114, 1998.

Godfroid I. O., Ferjol's syndrome. The haematological form of Münchhausen's syndrome or an atypical form of depression ?, *Acta Psychiatr. Belg.* (sous presse).

Godfroid I. O., Des variations intersexuelles relatives aux traitements en psychiatrie, *Can. J. Psychiatry* (sous presse).

Golomb M., Fava M., Abraham M. *et al.*, Gender differences in personality disorders, *Am. J. Psychiatry*, 152, 579-582, 1995.

Guedeney N., A propos des mères déprimées : l'impact de la dépression sur les interactions précoces, *Ann. Pédiatr.*, 40, 496-502, 1993.

Hapgood C. G., Elkind G. S., Wright J. J., Maternity blues : phenomena and relationship to later post-partum depression, *Aust. N.-Z. J. Psychiatry*, 22, 299-306, 1988.

Harris B., Hormonal aspects of postnatal depression, *Int. Rev. Psychiatry*, 8, 27-36, 1996.

Henderson A. S., *Démence*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1995.

Jeste D. V., Lindamer L. A., Evans J. *et al.*, Relationship of ethnicity and gender to schizophrenia and pharmacology of neuroleptics, *Psychopharmacol. Bull.*, 32, 243-251, 1996.

Jorm A. F., Sex and age differences in depression : a quantitative synthesis of published research, *Aust. N.-Z. J. Psychiatry*, 21, 46-53, 1987.

Kandel E. R., Schwartz J. H., Jessell T. M., *Principles of neural science*, third edition, Norwalk, Appleton & Lange, 1991.

Kaplan H. I., Sadock B. J., *Comprehensive textbook of psychiatry*, sixth edition, Baltimore, Williams & Wilkins, 1995.

Kaplan M., A woman's view of DSM-III, *Am. Psychol.*, 38, 786-792, 1983.

Katzman R., Education and the prevalence of dementia and Alzheimer's disease, *Neurology*, 43, 13-20, 1993.

Kendler K. S., Walters E. E., Neale M. C. *et al.*, The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women. Phobia, generalised anxiety disorder, panic disorder, bulimia, major depression, and alcoholism, *Arch. Gen. Psychiatry*, 52, 374-383, 1995.

Kendler K. S., Genetic epidemiology in psychiatry. Taking both genes and environment seriously, *Arch. Gen. Psychiatry*, 52, 895-899, 1995.

Kennerley H., Gath D., Maternity blues, I : Detection and measurement by questionnaire, *Br. J. Psychiatry*, 155, 356-362, 1989.

Kirschner L. A., Hauser S. T., Genack A., Effects of gender on short-term therapy, *Psychother. Theory Res. Pract.*, 15, 158-167, 1978.

Kitamura T., Sugawara M., Sugawara K. *et al.*, Psychosocial study of depression in early pregnancy, *Br. J. Psychiatry*, 168, 732-738, 1996.

Klompouhouwer J., Clinical features of 367, 1995.

Kornstein S. G., C., treatment, *J. Clin. Psychiatry*, 56, 100-104, 1995.

Krawitz R., Watson J., Political into psychiatry, 1997.

Leibenluft E., Wom., *Am. J. Psychiatry*, 152, 100-104, 1995.

Lensi P., Cassano G. B., Personality disorder. Family history and courses, *Br. J. Psychiatry*, 168, 100-104, 1995.

Lewis-Hall F., Gen., *Sin. J. Med.*, 63, 100-104, 1995.

Logue C. M., Mood, risk factors, *Psychiatry*, 56, 100-104, 1995.

Loloum T., Susini J., Jol et l'anorexie, *Psychol.*, 143, 48-52, 1995.

Marty P., *La psychiatrie*, 1995.

McEwen B. S., Alve., brain : implications, *Psychiatry*, 56, 100-104, 1995.

Merikangas K. R., in the sex ratio, 1995.

Nicole L., Schizoph., 37, 116-120, 1999.

Nopoulos P., Flaur., morphology in 1997.

Nulman I., Rovet J., dren exposed in 336, 258-262, 1995.

O'Hara M. W., Schl., post-partum blues, 1995.

O'Hara M. W., Swa., - a meta-analysis, 1995.

Pearlstein T. B., Ho., premenstrual syndrome?, *Am. J. Geriatr. Psychiatry*, 3, 100-104, 1995.

Pitt B., « Atypical », 114, 1325-1335, 1995.

Pollock B. G., Gen., *Psychopharmacol.*, 1995.

Pons J.-C., *Les nou.*, 1995.

Preskorn S. H., Clir., reuptake inhibitors and effects of 32 [suppl. 1], 1-2, 1995.

Le sommeil durant la
2-266, 1997.
e gifle à la science ?
thèse de l'organisation
1998.
matological form of
of depression ?, *Acta*
atives aux traitements
e).
r differences in perso-
582, 1995.
ées : l'impact de la
Pédiatr., 40, 496-502,
ternity blues : pheno-
depression, *Aust. N.-Z.*
ion, *Int. Rev. Psychia-*
mondiale de la Santé,
relationship of ethnicity
ology of neuroleptics,
n : a quantitative syn-
Psychiatry, 21, 46-53,
inciples of neural science,
1991.
Book of psychiatry, sixth
Psychol., 38, 786-792,
dementia and Alzhei-

Psychosocial study of
chiatry, 168, 732-738,

- Klompfenhouwer J. L., van Hulst A. M., Tulen J. H. M. *et al.*, The clinical features of post-partum psychoses, *Eur. Psychiatry*, 10, 355-367, 1995.
- Kornstein S. G., Gender differences in depression : implication for treatment, *J. Clin. Psychiatry*, 58 [suppl. 15], 12-18, 1997.
- Krawitz R., Watson C., Gender, race and poverty : bringing the socio-political into psychotherapy, *Aust. N.-Z. J. Psychiatry*, 31, 474-479, 1997.
- Leibenluft E., Women with bipolar illness : clinical and research issues, *Am. J. Psychiatry*, 153, 163-173, 1996.
- Lensi P., Cassano G. B., Correddu G. *et al.*, Obsessive-compulsive disorder. Familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences, *Br. J. Psychiatry*, 169, 101-107, 1996.
- Lewis-Hall F., Gender differences in psychotropic medication, *Mount Sin. J. Med.*, 63, 326-329, 1996.
- Logue C. M., Moos R. M., Perimenstrual symptoms : prevalence and risk factors, *Psychosom. Med.*, 48, 388-414, 1986.
- Loloum T., Susini J. R., Deniker P., Le syndrome de Lasthénie de Ferjol et l'anorexie mentale : de troublantes similitudes !, *Ann. Méd. Psychol.*, 143, 488-494, 1985.
- Marty P., *La psychosomatique de l'adulte*, 3e éd. Paris, PUF, 1996.
- McEwen B. S., Alves S. E., Bulloch K. *et al.*, Ovarian steroids and the brain : implications for cognition and aging, *Neurology*, 48 [suppl. 7], S8-S15, 1997.
- Merikangas K. R., Weissman M. M., Pauls D. L., Genetic factors in the sex ratio of major depression, *Psychol. Med.*, 15, 63-69, 1995.
- Nicole L., Schizophrénie : différences selon le sexe, *Can. J. Psychiatry*, 37, 116-120, 1992.
- Nopoulos P., Flaum M., Andreasen N. C., Sex differences in brain morphology in schizophrenia, *Am. J. Psychiatry*, 154, 1648-1654, 1997.
- Nulman I., Rovet J., Stewart D. E. *et al.*, Neurodevelopment of children exposed in utero to antidepressant drugs, *N. Engl. J. Med.*, 336, 258-262, 1997.
- O'Hara M. W., Schlechte J. A., Lewis D. A. *et al.*, Prospective study of post-partum blues, *Arch. Gen. Psychiatry*, 48, 801-806, 1991.
- O'Hara M. W., Swain A. M., Rates and risk of post-partum depression - a meta-analysis, *Int. Rev. Psychiatry*, 8, 37-54, 1996.
- Pearlstein T. B., Hormones and depression : what are the facts about premenstrual syndrome, menopause, and hormone replacement therapy ?, *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 173, 646-653, 1995.
- Pitt B., « Atypical » depression following childbirth, *Br. J. Psychiatry*, 114, 1325-1335, 1968.
- Pollock B. G., Gender differences in psychotropic drug metabolism, *Psychopharmacol. Bull.*, 33, 235-241, 1997.
- Pons J.-C., *Les nouvelles grossesses*; Paris, PUF, 1996.
- Preskorn S. H., Clinically relevant pharmacology of selective serotonin reuptake inhibitors. An overview with emphasis on pharmacokinetics and effects on oxidative drug metabolism, *Clin. Pharmacokinet.*, 32 [suppl. 1], 1-21.

- Pritchard D. B., Harris B., Aspects of perinatal psychiatric illness, *Br. J. Psychiatry*, 169, 555-562, 1996.
- Reich J., Nduaguba M., Yates W., Age and sex distribution of DSM-III personality cluster traits in a community population, *Comp. Psychiatry*, 29, 298-303, 1988.
- Reynolds C. F. III, Kupfer D. J., Thase M. E. *et al.*, Sleep, gender, and depression : an analysis of gender effects on the electroencephalographic sleep of 302 depressed outpatients, *Biol. Psychiatry*, 28, 673-684, 1990.
- Richards D. H., A post-hysterectomy syndrome, *Lancet*, 2, 983-985, 1974.
- Robins L. N., Regier D. A., *Psychiatric disorders in America. The epidemiologic catchment area study*, New York, Free Press, 1991.
- Schmidtke A., Bille-Brahe U., Deleo D. *et al.*, Attempted suicide in Europe : rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicenter Study on Parasuicide, *Acta Psychiatr. Scand.*, 93, 327-338, 1996.
- Seeman M. V., *Gender and psychopathology*, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1995.
- Seeman M. V., Psychopathology in women and men : focus on female hormones, *Am. J. Psychiatry*, 154, 1641-1647, 1997.
- Signoret J.-L., Hauw J. J., *Maladie d'Alzheimer et autres démences*, Paris, Flammarion, 1991.
- Steiner M., Female-specific mood disorders, *Clin. Obst. Gynecol.*, 35, 599-611, 1992.
- Tamminga C. A., Gender and schizophrenia, *J. Clin. Psychiatry*, 58 [suppl. 15], 33-37, 1997.
- Thase M. E., Reynolds C. F. III, Frank E. *et al.*, Do depressed men and women respond similarly to cognitive behavior therapy ?, *Am. J. Psychiatry*, 151, 500-505, 1994.
- Thuillier J., *La folie. Histoire et dictionnaire*, Paris, Robert Laffont, 1996.
- Toren P., Dor J., Rehavi M. *et al.*, Hypothalamic-pituitary-ovarian axis and mood, *Biol. Psychiatry*, 40, 1051-1055, 1996.
- Ussher J. M., Research and theory related to female reproduction : implication for clinical psychology, *Br. J. Clin. Psychol.*, 31, 129-151, 1992.
- Verdoux H., Geddes J. R., Takei N. *et al.*, Obstetric complications and age at onset in schizophrenia : an international collaborative meta-analysis of individual patient data, *Am. J. Psychiatry*, 154, 1220-1227, 1997.
- Walker E. A., Medically unexplained physical symptoms, *Clin. Obst. Gynecol.*, 40, 589-600, 1997.
- Weissman M. M., Klerman G. L., Sex differences and the epidemiology of depression, *Arch. Gen. Psychiatry*, 34, 98-111, 1977.
- Weisz J. R., Weiss B., Han S. S. *et al.*, Effects of psychotherapy with children and adolescent revisited : a meta-analysis of treatment outcome studies, *Psychol. Bull.*, 117, 450-468, 1995.
- Wisner K. L., Perel J. M., Findling R. L., Antidepressant treatment during breast-feeding, *Am. J. Psychiatry*, 153, 1132-1137, 1996.
- Women and Mental Health International Conference Com-

mittee, Women
10], 1991.
Yalom I. D., Lund
syndrome. A des
try, 18, 16-27, 19
Yassar R., Jeste D.
cal review of the
Yonkers K. A., Kar
pharmacokinetics
tions, *Am. J. Psy*

psychiatric illness, *Br.*
distribution of DSM-III
population, *Comp. Psy-*
al. Sleep, gender, and
the electroencephalo-
Psychiatry, 28, 673-
Lancet, 2, 983-985,
ers in America. The
York, Free Press,
Attempted suicide in
characteristics of sui-
Results of the WHO/
Psychiatr. Scand., 93,
ington, DC, American
men : focus on female
1997.
er et autres démences,
n. Obst. Gynecol., 35,
Clin. Psychiatry, 58
al. Do depressed men
behavior therapy?, *Am.*
Paris, Robert Laffont,
-pituitary-ovarian axis
1996.
female reproduction :
lin. Psychol., 31, 129-
tric complications and
collaborative mete-
Psychiatry, 154, 1220-
symptoms, *Clin. Obst.*
s and the epidemiology
111, 1977.
of psychotherapy with
lysis of treatment out-
1995.
antidepressant treatment
1132-1137, 1996.
Conference Com-

mittee, Women and mental health, *Br. J. Psychiatry*, 158 [suppl. 10], 1991.
Yalom I. D., Lunde D. T., Moos R. H. *et al.*, « Post-partum blues » syndrome. A description and related variables, *Arch. Gen. Psychiatry*, 18, 16-27, 1968.
Yassar R., Jeste D. V., Gender differences in tardive dyskinesia : a critical review of the literature, *Schizophr. Bull.*, 18, 701-715, 1992.
Yonkers K. A., Kando J. C., Cole J. O. *et al.*, Gender differences in pharmacokinetics and pharmacodynamics of psychotropic medications, *Am. J. Psychiatry*, 149, 587-595, 1992.

TABLE

Introduction

Chapitre I — Les

I. Le syndrome
de la mère
IV. Le syndrome
de la ménop

Chapitre II — Les
diffère chez

I. Les troubles
chotiques, 6
IV. Les troubles
bles cognitifs
VII. Comme

Chapitre III — Les

Les traitements
thérapies, 10
108 — IV.
l'allaitement,

Conclusion

Bibliographie

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	3
Chapitre I — Les affections spécifiques au sexe féminin	7
I. Le syndrome prémenstruel, 8 — II. Psychopathologie de la maternité, 14 — III. Le pseudocycosis, 36 — IV. Le syndrome de Ferjol, 40 — V. Psychopathologie de la ménopause, 46.	
Chapitre II — Les affections générales dont le tableau diffère chez la femme	54
I. Les troubles de l'humeur, 57 — II. Les troubles psychotiques, 64 — III. Les troubles anxieux, 67 — IV. Les troubles de la personnalité, 70 — V. Les troubles cognitifs, 73 — VI. Les troubles sexuels, 75, — VII. Comment expliquer ces différences ?, 79.	
Chapitre III — Les traitements adaptés au sexe féminin	97
Les traitements médicamenteux, 98 — II. Les psychothérapies, 105 — III. Les autres formes de traitement, 108 — IV. Les traitements durant la grossesse et l'allaitement, 110.	
Conclusion	118
Bibliographie	120

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	3
Chapitre I — Les affections spécifiques au sexe féminin	7
I. Le syndrome prémenstruel, 8 — II. Psychopathologie de la maternité, 14 — III. Le pseudocycosis, 36 — IV. Le syndrome de Ferjol, 40 — V. Psychopathologie de la ménopause, 46.	
Chapitre II — Les affections générales dont le tableau diffère chez la femme	54
I. Les troubles de l'humeur, 57 — II. Les troubles psychotiques, 64 — III. Les troubles anxieux, 67 — IV. Les troubles de la personnalité, 70 — V. Les troubles cognitifs, 73 — VI. Les troubles sexuels, 75, — VII. Comment expliquer ces différences ?, 79.	
Chapitre III — Les traitements adaptés au sexe féminin	97
Les traitements médicamenteux, 98 — II. Les psychothérapies, 105 — III. Les autres formes de traitement, 108 — IV. Les traitements durant la grossesse et l'allaitement, 110.	
Conclusion	118
Bibliographie	120

Imprimé en France
Imprimerie des Presses Universitaires de France
73, avenue Ronsard, 41100 Vendôme
Février 1999 — N° 45 929

La psychiatrie de la femme est une branche de la médecine qui s'intéresse aux particularités de la détresse psychologique dans le sexe féminin. Cet ouvrage, qui a été conçu à la fois pour être accessible à un très large public et apporter aux professionnels une source de référence pratique, fait le point de manière claire et concise sur nos connaissances dans ce domaine encore peu développé. L'auteur y démontre que les affections mentales, qui sont répandues dans la population générale, diffèrent sur de nombreux points entre la femme et l'homme : fréquence, symptomatologie, sévérité, ou encore réponse au traitement. Il existe en outre des troubles qui ne surviennent que chez la femme, comme le syndrome prémenstruel, le baby-blues, la dépression du post-partum ou les effets de la ménopause sur la sexualité et le sommeil. La prise en charge moderne et le traitement doivent donc s'adapter, et tenir compte de l'appartenance au sexe féminin – tant dans la prescription d'un médicament que dans la conduite d'une psychothérapie.

Ivan O. Godfroid est médecin, il a étudié à l'Université de Mons-Hainaut et à l'Université Libre de Bruxelles, où il a choisi de se spécialiser en psychiatrie. Parallèlement à ses activités en milieu hospitalier, il est l'auteur d'articles scientifiques dans les domaines de la psychiatrie générale, de la psychopharmacologie et de la psychosomatique.

55 FF

22414432 / 2 / 99



Déaler Thimontier.