

# L'état des connaissances

---

## Stigmatisation et violations des droits de la personne

**J. Arboleda-Flórez**  
Professeur et Directeur  
Département de Psychiatrie  
Queen's University  
Kingston, Ontario, Canada

## Sommaire

### Considérations théoriques générales



En grec ancien stizein signifiait tatouer, marquer au fer rouge et stigma la marque physique d'identification que l'on imprimait au fer sur la peau des esclaves de la Grèce antique pour indiquer au reste de la société leur statut inférieur ou leur moindre valeur en tant que membres de cette société. Du grec, le terme est passé au latin stigmata, pluriel de stigma, « marque imprimée aux esclaves » et « marque d'infamie », puis dans les langues modernes. Le français possède le terme stigmaté dont un des sens est « marque durable sur la peau » et le verbe stigmatiser « noter d'infamie, condamner définitivement et ignominieusement ». En anglais stigma a pris le sens figuré de honte, de caractère socialement honteux (de la marque), c'est à dire une forme de construction sociale indiquant une marque distinctive à laquelle est attribuée un caractère socialement honteux et, qui, simultanément, exprime une identité sociale. Ce caractère honteux se structure autour de deux composantes fondamentales : (1) la reconnaissance de la « marque » distinctive et (2) la dévalorisation de la personne qu'entraîne cette reconnaissance. Des difformités physiques, l'appartenance à un groupe, tel un groupe ethnique, le sexe ou à la religion, ou des défauts présumés, de nature individuelle, peuvent se voir attribuer un caractère honteux sur la base de croyances d'ordre culturel, comme c'est le cas, par exemple, pour les troubles mentaux ou le chômage. Ce caractère honteux apparaît dans le contexte de relations et d'interactions sociales, et sa force et sa résistance dépendent de trois éléments : la visibilité de la marque, la possibilité de la maîtriser, et son origine. Plus la marque est visible, plus celui qui la porte est perçu comme ayant la « maîtrise » de son défaut, et plus on craint les effets de cette marque – le sentiment de danger qu'elle fait naître par exemple – et plus son caractère honteux s'en trouve renforcé. Des croyances d'ordre culturel ont entraîné la peur de la maladie mentale et des malades mentaux, d'où le caractère honteux de la maladie. Nombre de personnes, y compris certains professionnels de la santé et personnels de la santé mentale, manifestent des attitudes de stigmatisation envers les malades mentaux.

### Effets de la stigmatisation

La stigmatisation, c'est à dire la condamnation définitive et ignominieuse, est très proche du jugement à partir d'opinions préconçues, de préjugés, dans le sens où la personne ou le groupe montré du doigt devient la cible d'attitudes négatives ou pouvant lui nuire, mais contrairement à ce qui se passe dans le cas des préjugés, la stigmatisation s'accompagne de définitions de critères et de l'établissement de catégories, et de ce fait, a de plus larges implications que le simple préjugé. Parmi les attitudes négatives figurent notamment le fait de décrire tous les malades mentaux comme des personnes dérangées, violentes, dangereuses, inaptes et inguérissables, souffrant de tares morales, dénuées de motivation ou inadaptées et de les faire apparaître dans les médias comme imprévisibles et violents. La stigmatisation des personnes souffrant de maladie mentale et les préjugés à l'encontre de celles-ci, entraînent des discriminations et le déni de droits légitimes. Des enquêtes ont montré que les attitudes sociales négatives envers les personnes atteintes de maladie mentale constituaient des obstacles à la réinsertion et à l'acceptabilité de celles-ci. Ces obstacles liés aux attitudes ont un effet négatif sur les relations familiales et sociales, sur l'emploi, le logement, l'insertion sociale, l'estime de soi et l'accès rapide à des possibilités de traitement.

### Evolution des politiques et abandon du placement en établissement spécialisé

Les maladies mentales et les incapacités sont largement répandues à travers le monde. Elles ont des conséquences économiques de grande portée qui dépassent les simples incidences directes sur les budgets de la santé. De nombreux pays ont pris conscience de leurs effets négatifs, ce qui les a amenés à modifier leur législation et à réorienter les plans sanitaires et les systèmes de santé mentale, par exemple vers d'autres solutions au niveau local et l'abandon du placement en établissement spécialisé, et à attribuer des dotations appropriées.

### Recherches sur la stigmatisation


Les résultats des recherches ont permis de recenser les stratégies et les meilleurs modèles permettant de combattre les attitudes de stigmatisation dans les populations, tels que la détermination du

contenu le mieux adapté à des campagnes de sensibilisation et le ciblage de groupes précis.

### **Efforts pour combattre la stigmatisation**


Pour illustrer la variété des initiatives lancées pour lutter contre la stigmatisation de la maladie mentale, le document décrit un grand nombre de programmes, campagnes et efforts de réformes nationaux et internationaux. Il présente une liste des stratégies les plus fréquemment utilisées par différents groupes à travers le monde, dressée à partir d'une analyse des actions qui se sont révélées efficaces dans différents environnements.

## Objectifs et finalité

 Malgré la fréquence relativement élevée des maladies mentales, le grand public ne les rend contre hélas le plus souvent que dans les médias où les malades mentaux sont souvent décrits comme imprévisibles, violents et dangereux (Steadman et Coccozza, 1978). Cette image du malade mental est forgée par des reportages à sensation consacrés à des crimes prétendument commis par des personnes souffrant de maladie mentale ou des films à succès, dont l'intrigue, selon une recette exploitée depuis longtemps par l'industrie cinématographique, repose sur un « meurtrier psychopathe » (Byrne, 1998). L'association entre la maladie mentale et la violence ne constitue qu'un des nombreux stéréotypes négatifs et attitudes préjudiciables aux personnes atteintes de maladie mentale, lesquels, répandus dans le public, contribuent à perpétuer la stigmatisation et les pratiques discriminatoires à l'encontre de ces malades.

Le présent document a entre autres pour objectif d'une part d'examiner les éléments théoriques sur lesquels reposent la stigmatisation en tant que construction sociale et ses conséquences négatives pour les malades mentaux et leur famille, et d'autre part de décrire des programmes et des initiatives du domaine de la recherche conçus pour faire face au problème que pose la honte de la maladie mentale ou pour faire disparaître celui-ci. Il a pour finalité d'aider les planificateurs et les gouvernements à adopter des politiques de la santé mentale plus globales. De telles politiques devraient tenir compte non seulement des aspects budgétaires et législatifs des programmes de santé mentale, mais également de l'éducation du public aux problèmes de santé mentale, de l'encouragement de pratiques favorisant la bonne santé mentale et de la prévention des troubles mentaux dans la population.


## Éléments historiques

 En grec ancien stitzein signifiait tatouer, marquer au fer rouge et stigma la marque physique d'identification que l'on imprimait à l'aide d'un fer rouge ou d'une lame sur la peau des esclaves ou des criminels dans la Grèce antique

pour indiquer au reste de la société qui ils étaient et leur moindre valeur en tant que membres de cette société. Les Grecs n'utilisaient pas le terme stigma pour la maladie mentale, mais les attitudes de stigmatisation des maladies étaient déjà manifestes dans le sens où la maladie mentale était associée à l'idée de honte, de perte de dignité et d'humiliation (Simon, 1992) comme l'illustrent l'Ajax de Sophocle ou l'Héraclès furieux d'Euripide.

Plus tard, et dans tout le monde chrétien, le terme stigmatés a été associé aux marques particulières portées par des personnes reproduisant les plaies du Christ sur leur corps, généralement dans le creux des mains et sur la plante des pieds (Paul, Gal 6: 17). Le sens religieux de stigmatés ne se retrouve pas dans les autres dérivés du terme grec stigma, tel que le verbe français stigmatiser « noter d'infamie, condamner définitivement et ignominieusement » ou le nom anglais stigma « honte, caractère socialement honteux (de la marque) », c'est à dire une forme de construction sociale indiquant une marque distinctive à laquelle est attribuée un caractère socialement honteux et, qui, simultanément, exprime une identité sociale. Le traitement inquisitorial des sorcières, tel que le dicte le texte *Malleus Maleficarum* (Le marteau des sorcières, 1486/1997), est non seulement extrêmement misogyne, mais constitue aussi une attitude négative de condamnation de la maladie mentale. Il est possible que cet état d'esprit soit à l'origine de l'attitude de stigmatisation des malades mentaux depuis l'essor du rationalisme au XVII<sup>e</sup> siècle jusqu'à nos jours dans les cultures chrétiennes (Mora, 1992). La « folie » a longtemps été perçue par les chrétiens comme une forme de châtiment infligé par Dieu aux pécheurs (Neaman, 1975).

## Considérations théoriques

 Pour Goffman (1963), la stigmatisation attribue un caractère « profondément honteux », de telle sorte que les personnes ainsi stigmatisées sont alors jugées de moindre valeur et « abîmées » par la condition dévalorisante. Goffman a classé ces conditions en trois groupes : les « abominations » du corps, telles que les difformités physiques, les « identités tribales », telles que l'ethnie, le sexe ou la religion, et les « défauts » de caractère individuel tels que les troubles mentaux ou le chômage. La stigmatisation n'est pas toutefois un

concept statique, mais une construction sociale liée aux valeurs accordées aux identités sociales. C'est un processus comportant deux composantes fondamentales : la reconnaissance de la « marque » de différenciation, et la dévalorisation qui en découle pour la personne portant la marque (Dovidio, Major et Crocker, 2000). Dovidio, Major et Crocker estiment que la stigmatisation est une construction relationnelle fondée sur des attributs, de telle sorte que les conditions de stigmatisation peuvent évoluer dans le temps ou d'une culture à l'autre. Le processus apparaîtrait au sein de la matrice sociale des relations et des interactions et devra être interprété comme s'inscrivant dans un champ tridimensionnel comportant la perspective, l'identité et les réactions.

La perspective a trait à la manière dont le caractère honteux est perçu. Ce caractère diffère selon qu'il est perçu par la personne à l'origine de la stigmatisation (celui qui perçoit la marque) ou la personne en butte à la stigmatisation (la cible). L'identité se rapporte à l'appartenance à un groupe et s'étend de l'identification entièrement personnelle à l'identification fondée sur le groupe. Enfin, les réactions sont les manières dont la personne à l'origine de la stigmatisation et la personne en butte à la stigmatisation réagissent à l'attribution du caractère honteux et à ses conséquences ; les réactions pourraient être mesurées aux niveaux cognitif (connaissance), affectif (sentiments, tons et attitudes), et comportemental.

À côté de ces trois dimensions, il est également important de distinguer trois caractéristiques majeures de la marque dévalorisante : la « visibilité », ou jusqu'à quel point la marque est immédiatement apparente, la « contrôlabilité » qui a trait à l'origine ou à la raison de l'existence de la marque, et au fait que le porteur de la marque a ou non un pouvoir sur elle, et les « effets » de la marque, ou combien les personnes à l'origine de la stigmatisation craignent les personnes en butte à la stigmatisation (Crocker, Major et Steele, 1998). Plus la marque est visible, plus il peut sembler que le porteur de la marque a un pouvoir sur elle, et plus on craint les effets de la marque – le sentiment de danger qu'elle fait naître par exemple – plus son caractère honteux s'en trouve renforcé.

Chez les malades mentaux qui présentent des signes visibles de leur état parce que leurs symptô-

mes ou les effets secondaires d'une médication les font apparaître anormaux, qui sont socialement perçus comme paresseux ou faibles de caractère, et qui manifestent des comportements menaçants, ces trois caractéristiques sont d'ordinaire très prononcées. Par un processus d'association et d'assimilation à une catégorie, tous les malades mentaux sont également dévalorisés. Le malade individuel, quel que soit son niveau de handicap ou d'incapacité, est placé dans une catégorie, et l'appartenance à la catégorie renforce la déconsidération de l'individu.

La description des caractéristiques de la marque infamante entraînant la stigmatisation, c'est à dire de sa nature et de la manière dont elle apparaît, nous amène à nous demander pourquoi celle-ci apparaît. Malheureusement, il existe peu de recherches sur la question, mais Stangor et Crandall (2000), tout en indiquant qu'on ne connaît que peu de choses sur l'apparition du caractère honteux, émettent la théorie que trois composantes essentielles sont requises : la fonction, la perception et le partage social. Ils font l'hypothèse qu'une « impulsion fonctionnelle » originelle est accentuée par la « perception », et ultérieurement consolidée par la « la mise en commun » de l'information au niveau de la société. Le sentiment partagé de réprobation devient partie intégrante d'une société qui crée, admet et maintient des attitudes et des comportements de stigmatisation. Ces auteurs indiquent en outre qu'à l'origine de « l'impulsion fonctionnelle » initiale se trouve très probablement l'objectif de se protéger contre des dangers.

*Perception initiale d'une menace tangible ou symbolique*

*Troubles de la perception qui amplifient les différences de groupe*

*Partage consensuel du sentiment de menace et des perceptions<sup>1</sup>*

Les menaces tangibles sont « déterminantes » dans le sens où elles menacent les biens matériels ou concrets, alors que les menaces d'ordre symbolique constituent un danger pour les idées, les valeurs, l'idéologie ou la manière dont le groupe ordonne les domaines social, politique et spirituel.

1. Adapted from Stangor and Crandall, p. 73

Par rapport à la maladie mentale, les perceptions culturelles semblent indiquer que celle-ci représente une menace tangible pour la santé de la société parce qu'elle fait naître deux types de peurs : la peur du danger potentiel immédiat d'être attaqué physiquement et la peur que nous puissions tous aussi perdre l'esprit. En outre, dans la mesure où l'image stéréotypée du malade mental est celle d'une personne paresseuse, incapable de participer, et qui constitue donc un fardeau pour le système, la maladie mentale peut alors elle aussi être ressentie comme une menace symbolique pour les idées et le système de valeurs que les membres du groupe ont en commun.

Le caractère honteux, en particulier, associé à la maladie mentale, peut également être attribué au partage traditionnel des lieux de traitement et des systèmes de soins de santé. Jusqu'ici, l'existence de deux systèmes a signifié que les malades mentaux étaient envoyés dans des institutions psychiatriques ou asiles d'aliénés et étaient ainsi séparés des personnes souffrant de maladies physiques qui, elles, étaient soignées et traitées dans des centres hospitaliers près de chez elles. La décision d'envoyer les malades mentaux dans des institutions psychiatriques éloignées partait à l'origine de bonnes intentions, mais elle a contribué à couper les malades de leur localité d'origine, leur faisant ainsi perdre leurs liens amicaux et familiaux et leurs attaches avec leur milieu d'origine. À un niveau plus systémique et scientifique, la séparation entre les deux systèmes de santé a également eu pour conséquence de faire sortir la maladie mentale et la psychiatrie du courant général de la médecine. À un autre niveau, l'absence de thérapeutiques efficaces, qui a pendant des siècles influencé la plupart des travaux de psychiatrie, a également contribué à la mentalité de l'asile d'aliéné. Les quelques succès thérapeutiques, tels que la guérison de la pellagre ou de la syphilis, n'ont fait que renforcer l'idée selon laquelle, si les malades souffrant d'autres maladies mentales ne quittaient pas les hôpitaux psychiatriques, c'est qu'ils étaient incurables.

## Mythes et stigmatisation



La stigmatisation, qui fait naître chez la victime le sentiment d'être victime d'une discrimination négative parce qu'elle est atteinte d'une affection ou d'un état particulier, est appa-

rentée au préjugé et aux attitudes préjudiciables qui, à leur tour, sont à l'origine de pratiques discriminatoires qui privent la personne victime de stigmatisation des droits que lui reconnaît la loi. La stigmatisation, le préjugé et la discrimination sont donc inextricablement liés. Contrairement au préjugé, cependant, la stigmatisation comporte des définitions de critères et l'établissement d'une catégorie, et a donc davantage d'implications et de répercussions. Le préjugé a souvent pour origine l'ignorance ou la réticence à trouver la vérité. Par exemple, selon une étude menée par la Canadian Mental Health Association, Division de l'Ontario (Ontario, Canada), en 1993-1994, parmi les idées fausses les plus répandues concernant la maladie mentale, on trouvait notamment que les malades mentaux étaient dangereux et violents (88 %), qu'ils avaient un QI peu élevé ou qu'ils souffraient de retard mental (40 %), qu'ils ne pouvaient pas fonctionner de manière autonome, avoir un emploi, ou qu'ils étaient incapables de contribuer à quoi que soit (32 %), qu'ils manquaient de volonté ou étaient faibles ou paresseux (24 %), qu'ils étaient imprévisibles (20 %) et enfin qu'ils étaient eux-mêmes responsables de leur état et devaient simplement réagir et se prendre en main (20 %).

Une enquête conduite auprès d'étudiants de première année aux États-Unis a montré que près des deux tiers des personnes interrogées étaient convaincues que le « dédoublement de la personnalité » était un symptôme courant de la schizophrénie (Torrey, 1995). Le même auteur décrit une autre enquête menée auprès du grand public au cours de laquelle 55 % des personnes interrogées ont répondu qu'elles ne croyaient pas à l'existence de maladies mentales et 1 % seulement estimaient que les maladies mentales constituaient un important problème de santé. Certains de ces mythes sont également apparus dans une enquête menée à Calgary, (Alberta), au Canada dans le cadre d'une étude pilote destinée au programme « Open the Doors » de l'Association mondiale de Psychiatrie (Stuart et Arboleda-Florez, 2001). Cette étude a montré que les personnes interrogées étaient convaincues que les malades souffrant de schizophrénie ne pouvaient pas occuper un emploi ordinaire (72 %), qu'ils souffraient d'un dédoublement de la personnalité (4,7 %); ou qu'ils étaient dangereux pour le public en raison de leur comportement violent (14 %). En Afrique, les idées relatives

à la maladie mentale sont fortement influencées par les croyances traditionnelles concernant les causes et les remèdes surnaturels. Même les dirigeants sont fréquemment convaincus que la maladie mentale est souvent inguérissable et ne répond pas aux pratiques médicales usuelles (Gureje et Alem, 2000).

Malheureusement, un haut niveau de connaissance peut coexister avec un grand nombre de préjugés et de stéréotypes négatifs. En effet, si la plupart des mythes relatifs aux maladies mentales peuvent être attribués aux préjugés et à l'ignorance de la réalité de celles-ci, un savoir éclairé ne se traduit pas nécessairement par moins de stigmatisation, sauf si les menaces tangibles et symboliques que représente la maladie sont également éradiquées. On ne pourra y parvenir qu'en faisant mieux connaître au public et aux consommateurs la réalité de la maladie mentale et de la violence, et en fournissant aux malades un traitement approprié régulier qui permette d'éviter les réactions violentes. Une bonne gestion du traitement devrait également avoir pour objectif d'atténuer la visibilité des symptômes chez les patients (consommateurs) et de fournir à l'intention du public de meilleurs programmes éducatifs en faveur d'une bonne santé mentale et d'une prévention des maladies mentales.

## Violations des droits de la personne



Des politiques manifestement discriminatoires débouchant sur des violations des droits de la personne et un déni des droits légitimes, ont souvent pour origine des attitudes de stigmatisation, une simple ignorance de la réalité des maladies mentales, ou une mauvaise évaluation des besoins des malades mentaux. Ces politiques et violations ne sont pas le domaine exclusif des pays en développement.

Dans les pays économiquement avancés, les compagnies d'assurance-maladie pratiquent une discrimination ouverte à l'encontre des personnes qui reconnaissent souffrir d'un trouble mental. Les compagnies d'assurance vie, ainsi que celles qui offrent des assurances contre la perte de revenus, transforment en véritable parcours du combattant l'obtention d'un versement d'indemnités pour incapacité temporaire due à un trouble mental tel

que l'anxiété ou la dépression. De nombreux malades voient leur compagnie d'assurance refuser ces versements ou résilier leur police. Parfois, les pouvoirs publics exigent que les malades mentaux soient fichés pour que les pharmacies puissent leur délivrer les médicaments psychotropes dont ils ont besoin. À un autre niveau, de nombreux pays développés ne consacrent qu'un pourcentage minimal du budget national de la recherche aux travaux sur les maladies mentales. Au Canada par exemple, moins de 5 % de tous les budgets de recherche du domaine de la santé sont consacrés aux maladies mentales, et pourtant celles-ci touchent directement 20 % des Canadiens (CAMIMH, 2000).

Dans les pays en développement, les croyances relatives à la nature des maladies mentales, parfois entremêlées de croyances religieuses et de déterminants culturels, ont tendance à retarder le traitement nécessaire, pénalisant et stigmatisant ainsi non seulement le patient mais aussi sa famille, même lorsque le malade peut bénéficier de possibilités de traitement (Gureje et Alem, 2000). Dans la culture chinoise, la maladie mentale est fortement stigmatisante pour toute la famille et non pas seulement pour l'individu qui en souffre. L'importance accordée à la responsabilité collective conduit à l'idée que la maladie mentale est un problème familial. C'est pourquoi, parmi les Chinois, les personnes s'occupant des malades préfèrent parfois faire face au problème de la maladie mentale au sein de la famille aussi longtemps que possible. L'inconvénient de cette approche est qu'elle peut entraîner un retard dans le traitement (Ryder, Bean et Dion, 2000).

En règle générale, les gouvernements des pays en développement, y compris les gouvernements africains, n'ont accordé que peu d'attention à la maladie et l'incapacité dues aux troubles mentaux. Les services de santé mentale sont mal dotés et la plupart des pays ne possèdent pas de politiques, programmes et plans d'action officiels dans le domaine de la santé mentale. En 1988 et 1990, les pays africains ont adopté deux résolutions destinées à améliorer la santé mentale. Les résultats de l'enquête menée deux ans plus tard pour observer les progrès réalisés à la suite de ces résolutions ont malheureusement été décevants (Gureje et Alem, 2000).

En Ouganda, le montant des dépenses annuelles par habitant consacré à la santé mentale ne s'élève qu'à 4 dollars des É.-U., ce qui est très inférieur aux 10 dollars des É.-U. recommandés par la Banque mondiale (The Monitor, 1998). Au Nigéria, le mauvais état de santé des employés est imputé à une charge de travail excessive, de fréquentes mutations, la nomination à des postes comportant des responsabilités sans que la personne dispose d'aucun pouvoir, et autres méthodes de gestion intrinsèquement mauvaises, situation à laquelle s'ajoute pour ces employés la crainte des conséquences s'il leur arrivait de se plaindre de leurs difficultés (Vanguard Daily, 2000).

## Conséquences de la stigmatisation



Sartorius (1999) soutient que la stigmatisation de la maladie mentale a un effet préjudiciable sur l'impératif de soins de bonne qualité dans le domaine de la santé mentale. Selon lui, les attitudes de stigmatisation compromettent l'accès aux soins en répandant parmi les dirigeants et le public l'idée que les malades mentaux sont dangereux, paresseux, peu fiables et inemployables. Au bout du compte, cet état d'esprit a des répercussions sur l'attitude des autorités qui peuvent être moins disposées à consacrer des ressources financières adéquates aux soins à destination des malades mentaux.

Certains chercheurs avancent que les malades mentaux ne sont pas victimes de stigmatisation. Leurs conclusions reposent sur des mesures de la distance sociale qui montrent une acceptation des malades mentaux, sur des observations selon lesquelles la stigmatisation est liée au comportement et non à l'étiquette, et sur le fait que les malades mentaux eux-mêmes sont rarement en mesure de fournir des exemples concrets de rejet. Toutefois, ces résultats contredisent les nombreux autres témoignages des malades et de leur famille, et même ceux des personnels des services de santé mentale qui estiment que leur travail est moins apprécié et moins rémunéré qu'un travail intense de nature similaire dans des services accueillant d'autres populations de malades. Link et al (1992) rejettent les conclusions des études contestant les effets perniciose de la stigmatisation. Selon ces auteurs, ces travaux sont faussés par le type de

questions posées, qui invalide les réponses obtenues. Le vécu et les témoignages des malades donnent une représentation différente de la réalité de ce que signifie être malade mental.

*Michelle, une employée de bureau de 25 ans pleine de vivacité raconte combien elle avait été déçue devant l'attitude de sa famille et des amis de sa famille qui, lorsqu'elle leur avait annoncé qu'elle était enceinte, s'attendaient tout simplement à ce qu'elle se fasse avorter. Il était évident pour eux que sa schizophrénie la rendait incapable d'avoir un enfant et de s'en occuper. Ils craignaient également d'éventuels effets tératogènes que son traitement pouvait avoir sur l'enfant. La grossesse de Michelle s'est déroulée normalement et elle s'occupe de son enfant malgré l'opposition de sa famille et de ses amis.*

L'expérience de Michelle n'est pas inhabituelle. Pour de nombreux malades mentaux, le caractère honteux attaché à la maladie est plus difficile à supporter que la maladie elle-même, et il assombrit tous les aspects de leur vie, et même de la vie des autres membres de la famille.

*John, un étudiant de 19 ans, a dû accepter la rupture des liens qu'il venait tout juste de nouer avec une jeune fille de son quartier. Les parents de la jeune fille étaient hostiles à cette relation et avaient décidé d'envoyer leur fille faire ses études dans une autre ville, en partie pour tenter de mettre fin à la relation après avoir appris que les fréquentes hospitalisations de la mère de John au cours des dernières années n'étaient pas dues au « diabète » mais à une maladie maniaco-dépressive. John a décrit la situation avec une certaine résignation : « Il semble que je doive porter le poids des péchés de mes parents ».*

Dans l'enquête citée plus haut menée en 1993-1994 par la Canadian Mental Health Association, Division de l'Ontario, les malades mentaux estimaient que les domaines les plus communément touchés par la stigmatisation de la maladie mentale étaient la vie familiale et la vie en société (84 %) suivis de l'emploi (78 %) et du logement (48 %). Dans cette même enquête, les personnes interrogées se sentaient également exclues de la collectivité (23 %) et se plaignaient de l'effet négatif de la honte de la maladie sur l'image qu'ils avaient d'eux mêmes (20 %).

Il est ressorti d'une enquête menée par les « survivants » de la maladie mentale auprès des membres de leur propre organisation de soutien psychologique à Thunder Bay (Ontario), au Canada

(P.A.C.E. Report, 1996), que ceux-ci estimaient la situation en matière de logement, d'emploi et de transports en commun par autobus dégradante et purement et simplement discriminatoire.

*« Je dois mentir aux propriétaires si je veux obtenir un logement. Si vous leur dites que vous avez une pension d'invalidité et que la raison n'est pas physique ou évidente quand on vous regarde, ils ne vous prennent pas. Même les propriétaires de taudis ne vous prennent pas parce qu'ils ne veulent pas de malades psychiatriques dans leurs logements ».*

Dans ce rapport, les « survivants » relevaient que, dans le public, les « obstacles à la santé mentale » entraînaient souvent la stigmatisation, le préjugé et les stéréotypes, et que les malades n'étaient ni écoutés ni compris. Les malades avaient aussi le sentiment qu'on les dédaignait, qu'on les évitait et qu'on les traitait sans respect et sans tenir compte de leur susceptibilité. Ils ont déclaré qu'ils rencontraient les mêmes attitudes aux cours de leurs interactions avec le personnel de l'assistance sociale et avec le personnel médical.

*« Dans le service, le personnel fait des commentaires sur les malades, dit qu'ils sont complètement fous. Ce n'est pas étonnant que la société ait un tel mépris pour les malades mentaux. »*

Et un autre malade a déclaré, de manière poignante, au sujet du personnel de santé :

*« A l'hôpital, on vous prend vos vêtements. On vous met en pyjama. Cela vous dépouille de votre identité. Vous savez, nous ne sommes pas tous fous. Nous ne voyons pas tous le croquemitaine caché derrière la porte. Certains d'entre nous ont de vraies maladies. Mais si on nous répète sans arrêt 'Oh, vous exagérez, vous savez. Vous ne savez pas de quoi vous parlez' ou des choses de ce genre, au bout d'un certain temps, vous commencez à les croire, à vous dire que, oui, je suis peut-être fou. Certains médecins, vous savez, sont incapables de distinguer un œsophage d'un anus ».*

Dans l'ouvrage *The Last Taboo* (Simmie et Nunes, 2001), l'un des auteurs, Scott Simmie, qui a traversé une période de grave dépression, décrit ce qu'il a ressenti au cours de celle-ci :

*L'aspect le plus pénible de ma maladie a été la honte qui l'entachait. Cela m'a coûté des amis, des possibilités de carrière, et, – surtout – j'ai perdu la confiance que j'avais en ma propre valeur. Très rapidement, j'ai commencé*

*à interioriser les attitudes de ceux qui m'entouraient, à me considérer comme un être inférieur. Souvent, pendant les longs jours de dépression que j'ai passés alité, je pensais : « J'ai une maladie mentale. Je suis maniaco-dépressif. Je ne suis plus le même ». Je me demandais désespérément si je retravaillerais un jour, si je redeviendrais « normal ». C'était une impression vraiment horrible, qui intensifiait à l'extrême l'ardent désir de mettre fin à mes jours dont mes pensées se trouvaient envahies.*

## Violence et santé mentale



Peu d'opinions et de conceptions erronées très courantes sont aussi envahissantes et stigmatisantes que l'idée selon laquelle les malades mentaux sont dangereux et violents. Ceci n'est guère surprenant si l'on tient compte du fait qu'il est fort rare qu'un mois s'écoule sans que les médias ne relatent la triste histoire d'un nouveau crime horrible commis par un présumé malade mental. Parfois, le reportage mentionne aussi que l'on soupçonne le coupable d'être un « psychopathe », de souffrir de « paranoïa », de « dépression » ou d'être « schizophrène ». Ce type d'informations, même lorsque l'enquête est menée consciencieusement et rapporte les faits avec exactitude, fait naître des craintes et des appréhensions et incite le public à exiger des mesures pour empêcher que de nouveaux crimes ne se produisent. L'ensemble des personnes souffrant de maladies mentales subit les conséquences des actions d'un petit nombre d'individus.

Si les médias, à la recherche de sensationnalisme, donnent des malades mentaux une description choquante (Rovner, 1993), que dire de la manière dont ces malades ont été représentés au cinéma dès les débuts de l'industrie cinématographique, à l'aube du xx<sup>e</sup> siècle. Dans les travaux de Wahl et Harman (1989), 85,6 % des membres des familles des malades mentaux interrogés estimaient que les films sur le thème de « l'assassin malade mental » constituaient le plus important facteur de stigmatisation de la maladie. Ces films ont non seulement déconsidéré les malades mentaux, mais les préjugés qu'ils véhiculent ont également atteint les psychiatres qui sont souvent présentés comme des coureurs de jupons libidineux, des bouffons excentriques, des représentants de la société vindicatifs et répressifs, des personnes malveillantes ou, lorsqu'il s'agit de femmes psychiatres, comme des

personnes frustrées et vivant une vie sans amour (Gabbard et Gabbard, 1992).

Les récits fournis par les médias des crimes que des malades mentaux auraient commis renforcent dans l'esprit du public l'association entre la violence et la schizophrénie. On peut établir un lien direct entre une telle association et la manière dont la maladie mentale et les malades mentaux sont présentés dans les médias (Philo, 1997). Malheureusement, les médias n'informent pas le public que seule une toute petite minorité de malades mentaux commet des crimes graves, ou que le pourcentage de la violence qui peut être attribuée à la maladie mentale par rapport à l'ensemble des actes violents commis dans une société donnée est également très faible (Monahan, 1997).

L'association entre la maladie mentale et la violence, en particulier la schizophrénie, bien qu'elle soit confirmée sur le plan épidémiologique (Arboleda-Flórez, 1998), demeure difficile à établir et semble moins passer par des liens directs de causalité que par une série de phénomènes perturbateurs et de causes potentielles covariantes. Les études qui déclarent démontrer une association entre la maladie mentale et la violence doivent encore concentrer leurs efforts sur plusieurs aspects de la relation :

- Elles doivent démontrer l'existence d'un rapport de causalité dans l'association.
- Elles doivent démêler les éléments contextuels au sein desquels la violence se produit.
- Elles doivent mesurer le risque de violence du point de vue de la santé publique.
- Elles doivent recenser les mesures qui pourraient être utiles pour gérer le risque chez les malades qui pourraient devenir violents.

La peur, comme cela a déjà été mentionné plus haut, est l'élément déclencheur de l'apparition du processus de stigmatisation. La peur des maladies mentales et de la stigmatisation qui frappe ceux qui en sont atteints, est dans une large mesure fondée sur la peur que ces malades ne soient imprévisibles et dangereux. Malheureusement, un seul cas de violence suffit habituellement pour réduire à néant les progrès réalisés dans le domaine de la réinsertion des malades mentaux dans la société.

## Evolution des politiques et abandon du placement en institution spécialisée



L'admission du fait que, partout dans le monde, la forte prévalence des maladies mentales et des incapacités qui leur sont associées a d'importantes répercussions non seulement sur les budgets de la santé mais également sur l'économie en général, a incité les gouvernements nationaux à s'attaquer au problème et à élaborer des stratégies destinées à lutter contre les maladies mentales dans leur pays. Aux Etats-Unis, le rapport de 1999 du Directeur général de la santé, lançait un appel à la nation pour mobiliser la volonté nationale afin de trouver les meilleurs moyens de lutte contre les troubles mentaux, et entre autres contre la stigmatisation (Surgeon General Report, 1999).


Dans le monde, les gouvernements ont pris diverses initiatives, notamment la réforme complète des systèmes de santé mentale afin d'intégrer les soins aux malades mentaux dans le système de santé général, la réorganisation des dotations budgétaires afin de protéger l'accès au traitement des maladies mentales, la restructuration des installations de soins des maladies mentales et l'adoption d'une législation destinée à protéger les droits de la personne souffrant de maladie mentale et à faire respecter ses droits légitimes que la discrimination tend à éroder.

Nombre de ces initiatives portent le nom générique de « politiques d'abandon du placement en institution spécialisée », parce qu'elles ont en commun certaines caractéristiques telles que la cession des hôpitaux psychiatriques, le traitement des malades mentaux dans les hôpitaux généraux et leur réinsertion dans leur localité d'origine. Quelque importantes et progressistes que ces initiatives aient pu être, nombre d'entre elles n'ont pas produit les résultats escomptés tout simplement parce qu'il ne suffit pas de rendre les malades à un cadre de vie normal ou de refuser des lits aux nouveaux patients dont on vient de diagnostiquer la maladie. Un système de soins de santé mentale intégré et homogène doit pouvoir répondre à toute la gamme des besoins, du diagnostic précoce, au traitement et à la réadaptation psychosociale, sans oublier les campagnes d'éduca-

tion du public à la reconnaissance et à la prévention des troubles mentaux ainsi que la promotion de la santé mentale au sein de la population.

La mise en œuvre d'initiatives d'abandon du placement en institution spécialisée, en particulier, doit s'accompagner de la mise en place de systèmes de soins hors établissement convenables permettant d'accueillir les malades mentaux et de les aider à bien se réinsérer dans la vie normale. Souvent, l'absence de système de soins hors établissement accentue les préjugés à l'encontre des malades mentaux que l'on voit errer dans le centre des grandes villes, traîner dans les jardins publics, les centres commerciaux ou les marchés et qui tombent dans l'indigence et deviennent des sans abri. La législation relative à la santé mentale doit en outre être assouplie et être mieux adaptée aux politiques contemporaines de santé mentale et aux réalités du système de soins de santé mentale.


### Recherches récentes sur la stigmatisation des maladies mentales

 Bien qu'il ne semble pas exister de relation univoque entre l'exposition aux facteurs de stress environnementaux tels que la stigmatisation et la discrimination, et les conséquences en ce qui concerne l'adaptation, les recherches sur la stigmatisation ont montré que celle-ci a des effets négatifs sur la santé physique et sur l'estime de soi (Miller et Major, 2000). Les préjugés dont les malades mentaux sont les victimes sont souvent semblables à ceux dont souffrent les personnes en butte à la discrimination raciale ou ethnique, mais les effets concrets sont complexes et sont influencés par un certain nombre de facteurs tels que l'âge, le sexe et l'intensité du sentiment de honte et de dévalorisation de soi ressenti par le malade (Hayward et Bright, 1997).

La stigmatisation et les préjugés ont souvent été fournis comme explications dans les recherches sur les raisons pour lesquelles de nombreuses personnes ne consultent pas ou attendent jusqu'à ce qu'il soit trop tard (Wills, 1983). Des travaux récents ont également montré que la crainte de la maladie mentale n'est pas uniquement liée au comportement parfois manifesté par des malades mentaux, mais par l'étiquette elle-même et par les consé-

quences qui découlent de la maladie. Ainsi, sur le site pilote du programme « Open the Doors » de l'Association mondiale de Psychiatrie à Edmonton au Canada, les personnes interrogées ont considéré que « perdre l'esprit » était plus invalidant que n'importe quel autre handicap (Thompson et al, article soumis au comité d'évaluation). Dans la même étude, le groupe de Calgary a constaté que la connaissance la plus approfondie était associée à des attitudes moins distancées, mais qu'il n'y avait pas de corrélation entre l'exposition à des personnes souffrant de maladies mentales et les connaissances ou attitudes (Stuart et Arboleda-Flórez, 2001). Link et al (1999) sont parvenus à une conclusion semblable en ce qui concerne le clivage entre les connaissances et les attitudes dans le grand public. Les groupes de l'Alberta au Canada ont conclu que les méthodes générales destinées à améliorer les connaissances dans le domaine de la santé mentale (Jorm, 2000) étaient peut-être moins efficaces auprès de groupes déjà très instruits que ne le seraient des interventions plus pointues destinées à des groupes moins larges tels que les lycéens ou le personnel soignant. Corrigan et Penn (1999) sont parvenus à la même conclusion en ce qui concerne le ciblage de groupes précis, qu'ils étendent au ciblage de certaines idées sur les maladies mentales dans les minorités ethniques.

### Efforts pour lutter contre la stigmatisation des maladies mentales

 Des organisations et des associations nationales et internationales ainsi que des gouvernements nationaux et des administrations locales ont fini par prendre conscience de la nécessité de changer d'attitude envers les malades mentaux et de sensibiliser le public à l'idée que l'origine des maladies mentales n'est pas différente de celle des autres maladies et que des diagnostics et des traitements sont disponibles et qu'ils sont efficaces. Des campagnes comme celle intitulée « Changing Minds », lancée par le Royal College of Psychiatrists au Royaume Uni ([www.changing-minds](http://www.changing-minds), 2001), ont pour but d'informer le public pour faire un sort aux mythes et aux stéréotypes relatifs aux personnes souffrant de maladies mentales. Les organisateurs de la campagne ont utilisé

des brochures, des prospectus, des films et d'autres moyens de communication de masse. Dans un film connu intitulé « 1 in 4 », ou 1 sur 4, le message est direct et concis puisqu'il souligne que les problèmes de santé mentale peuvent toucher tout le monde :

*Une personne sur quatre, annonce le film, ce pourrait être votre frère, votre sœur. Ce pourrait être votre femme, votre petite amie... Une personne sur quatre, ce pourrait être votre fille... Une personne sur quatre, ce pourrait être moi... Ce pourrait être vous.*

Les brochures diffusées pour cette campagne mettent l'accent sur le message que la condamnation sociale au désespoir et le rejet dans la solitude ont remplacé les vieilles méthodes de l'isolement physique.

*Pendant des siècles, les malades mentaux ont été placés à l'écart de la société. On les a parfois enfermés, dans de mauvaises conditions. Les décisions concernant tout ce qui touchait à leur vie étaient prises par d'autres, sans qu'ils aient jamais, ou très rarement, voix au chapitre.*

*Aujourd'hui, les attitudes négatives les excluent de notre société de manière plus subtile mais tout aussi efficace.*

L'un des principaux objectifs du programme d'action national australien pour la promotion de la santé mentale et la prévention des maladies mentales (Australian National Mental Health Promotion and Prevention Action Plan, 1999) était d'améliorer les connaissances de la population dans le domaine de la santé mentale. Dans cette optique, une série de campagnes, comme celle du programme national australien *Community Awareness Program* (CAP) et celle du groupe australasien « *Psychiatric Stigma Group* » ont eu pour objectif d'accroître les connaissances du grand public en matière de santé mentale. Dans le cas du programme CAP qui vient d'être cité, il s'agissait d'une campagne d'une durée de quatre ans, généreusement financée, destinée à mieux sensibiliser l'opinion à tous les troubles mentaux. Ce programme avait en particulier trois objectifs : placer la santé mentale à la une de l'actualité, faire campagne en faveur d'une meilleure compréhension et d'une meilleure acceptation des personnes souffrant de maladies mentales, et faire un sort aux mythes et aux idées fausses relatives à la maladie mentale. Le programme comportait une procédure d'évaluation, réalisée à partir d'une enquête comparative et d'un sondage effectué avant et après la

campagne sur la base d'un échantillon roulant. Parmi les résultats les plus significatifs figurent notamment les constatations suivantes : les attitudes tolérantes avaient été renforcées mais elles n'avaient pas augmenté, on avait relevé une légère augmentation de la prise de conscience de l'existence de services et aucune modification de comportement n'avait pu être clairement établie (Rosen, 2000).

Le groupe australasien « *Psychiatric Stigma Group* » s'était fixé des objectifs plus modestes. Il avait principalement mis en relation des consommateurs, des soignants et de nombreux autres groupes intéressés par une évaluation publique des conséquences des stéréotypes et de la stigmatisation sur la vie des personnes faisant appel aux services psychiatriques, sur leur carrière, et sur la vie des soignants (Rosen, 2000).

SANE Australia est une organisation caritative nationale qui fournit une aide aux personnes atteintes de troubles mentaux. Ce groupe a entre autres eu une initiative originale et ambitieuse très connue, le feuilleton télévisé très populaire « *Home and Away* » dans lequel un personnage jeune devient schizophrène (SANE, 1999). SANE en Australie, NAMI (National Alliance for the Mentally Ill) aux États-Unis et CAMIMH (Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health, 2000) au Canada ont une fonction semblable : ce sont des organismes coiffant différents groupes qui militent dans le domaine de la santé mentale en faveur d'une meilleure éducation, d'une augmentation des crédits de recherche et de traitements plus abordables pour les malades mentaux.

En Nouvelle-Zélande, un plan national (1998) a été mis au point dans le cadre du schéma d'organisation des services de santé mentale (*Blueprint for Mental Health Services in New Zealand*, (1998)) afin de lutter contre la stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les personnes atteintes de maladies mentales. La participation des communautés autochtones constitue un élément important de ce plan. Un programme semblable est prévu au Canada, également avec la participation des communautés autochtones. Il vise à donner à ces communautés compétence pour organiser leurs propres ressources culturelles afin d'élaborer des programmes et des services qui répondent à leurs besoins spirituels, mentaux et physiques (Nishnawbe Aski-Nation, 1990).

Aux Etats-Unis, le National Institute of Mental Health (NIMH) a lancé une campagne d'éducation de grande ampleur à l'aide de brochures, de plaquettes et d'un site internet. L'information fournie traite d'une large gamme de sujets allant de certains troubles mentaux à des problèmes tels que le suicide ou la violence chez les jeunes. Le site web ([www.nimh.nih.gov/practitioners/patinfo.cfm#top](http://www.nimh.nih.gov/practitioners/patinfo.cfm#top)) offre des renseignements régulièrement remis à jour sur des sujets de recherche, des traitements, de nouveaux médicaments et programmes et des initiatives législatives. Le site possède également un portail en espagnol. Le centre américain U.S. Center for Mental Health Services Knowledge Exchange Network (KEN) offre des informations en ligne sur la stigmatisation ([www.mentalhealth.org](http://www.mentalhealth.org)).

Parmi les initiatives émanant de pays en développement, il faut mentionner les programmes de santé mentale actuellement mis au point au Salvador (2000), qui, bien que non encore publiés, font l'objet de documents gouvernementaux internes. Au Salvador, militante extrêmement active en faveur d'une amélioration des politiques de santé mentale, l'épouse de l'actuel président, en sa qualité de Directrice du Secrétariat national de la famille, a lancé en octobre 2000 la création d'un Conseil national de la santé mentale qui réunirait l'ensemble des acteurs, particuliers et organisations, jouant un rôle dans le domaine de la santé mentale dans le pays. Malheureusement, les tremblements de terre qui ravagent le pays depuis le début de l'année 2001 ont jeté le désordre parmi les organigrammes, les plans et les ensembles de tâches et d'activités du Conseil et ralenti la mise en œuvre du projet. Pourtant, le travail préparatoire déjà réalisé d'organisation du Conseil a entraîné une mobilisation massive des forces nationales en faveur de la mise en place d'activités d'animation au niveau des populations locales dans le but de protéger celles-ci contre les effets et les conséquences des catastrophes, délétères pour la santé mentale, de prévenir des réactions de panique, en particulier parmi les jeunes enfants, et de traiter immédiatement les personnes déjà victimes de stress post-traumatique.

Les organisations professionnelles et les services de santé mentale ont uni leurs efforts avec l'administration et les établissements d'enseignement dans tout le pays afin de mettre en place des formations

sur le terrain d'infirmières, d'enseignants et d'autres personnels à l'échelon local au moyen de séances de formation de formateurs de conseillers en santé mentale et de formations à la thérapie de groupe et à l'accompagnement psychologique individuel. Nombre de ces activités se tiennent dans des écoles et dans des bâtiments publics en partie détruits, dans des champs sous un arbre à moitié déraciné, ou sur les places ou au coin des rues dans les petites villes, au milieu de décombres et de ruines que continuent à ébranler des secousses de moindre intensité. L'expérience du Salvador dans le domaine des mesures d'urgence en faveur de la santé mentale, qui ont eu pour effet de démystifier les maladies mentales et les problèmes psychologiques et, de ce fait, de les rendre moins honteux, est l'une de ces histoires inouïes sur la manière dont les êtres humains sont capables de se mobiliser et de se montrer à la hauteur de la situation à la simple condition qu'on leur donne quelques outils et les moyens d'agir.

Au Tadjikistan, où la population manifeste une attitude d'hostilité et de crainte envers les maladies psychiatriques, la stigmatisation constitue un problème. En 1998, une organisation non gouvernementale nationale, the Union of Mental Health Support, a été créée pour lutter contre la stigmatisation des troubles psychiatriques et pour prendre des mesures et fournir une aide appropriée aux établissements psychiatriques. Un projet de loi, approuvé par les Ministres de la Santé, de la Justice, du Bien-être social, de l'Économie et du Travail, sera soumis au parlement. La nouvelle loi s'est révélée nécessaire parce que la législation en vigueur permet l'utilisation abusive de la psychiatrie à des fins politiques. Cette nouvelle loi, si elle est adoptée, sera l'une des plus modernes de la région en matière de psychiatrie. Par ailleurs, et ceci est encourageant, au cours de l'année qui vient de s'écouler, une enquête a été menée pour évaluer les attitudes des habitants à l'égard de la maladie mentale et de la souffrance psychosociale. Les résultats de l'enquête serviront à mettre au point une campagne de sensibilisation et d'éducation du public (Baibabayev, Cunningham et de Jong, 2000).

Un autre pays, la République de Slovaquie, déploie des efforts considérables depuis 1991 pour réformer son système de soins de santé mentale afin de mieux faire face à des problèmes tels que la stig-

matiation. Bien que quelques progrès aient été réalisés au cours de la dernière décennie, le rythme de la réforme a été lent. En ce qui concerne les maladies mentales en Slovaquie, parmi d'autres facteurs de morbidité figure notamment le fait que la plupart des grands espoirs nés immédiatement après le changement de régime ne se sont pas réalisés. Cette désillusion a engendré un sentiment de désespoir dans la population.

Comment parvenir à ce que les personnes souffrant de maladies mentales ne soient plus stigmatisées demeure l'un des trois principaux problèmes de santé mentale en Slovaquie. Toutefois, les efforts de réforme s'intensifient actuellement et les jeunes médecins montrent un intérêt croissant pour le domaine de la psychiatrie (Breier, 2000).

Au niveau international, deux programmes, l'un mis en place par l'Association mondiale de Psychiatrie et l'autre par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) méritent une présentation plus détaillée. L'Association mondiale de Psychiatrie a lancé en 1998 son programme mondial contre la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des malades atteints de schizophrénie. Actuellement, le programme « Open the Doors » ([www.openthe-doors.com](http://www.openthe-doors.com)) est limité à la schizophrénie, mais les résultats obtenus dans les divers pays où il a été mis en œuvre justifient l'élargissement de son application aux autres maladies mentales. Le programme a d'abord été expérimenté à Calgary, dans l'Alberta, au Canada en 1998 et est maintenant utilisé en Espagne, Autriche, Allemagne, Israël, Italie, Grèce, Égypte, Inde et en Chine. Il s'adresse à différents publics selon les lieux, mais fait largement appel à des groupes d'action au plan local, qui s'organisent pour mettre au point et lancer des projets mobilisant l'énergie disponible sur place pour combattre la stigmatisation attachée à la schizophrénie.

Dans le cadre de son Programme (2000), l'Association mondiale de Psychiatrie a publié quatre volumes de recommandations pratiques et d'informations sur la schizophrénie. Le premier volume contient un guide pratique par étape de mise en place de programmes au niveau local. Le deuxième volume consiste en un recueil de textes présentant les connaissances les plus récentes en matière de diagnostic et de traitement de la schizophrénie, et notamment les stratégies de réinsertion

psychosociale. Le troisième volume rassemble des rapports émanant de différents pays et le quatrième volume est un recueil de rapports sur des initiatives similaires en cours ou en projet dans d'autres pays. La publication d'un dernier volume est prévue, qui comportera une bibliographie annotée et des informations pratiques. Tous ces documents peuvent être téléchargés à partir du site Web du Programme de l'Association.

L'Organisation mondiale de la Santé (2000), vient de lancer sa campagne « Non à l'exclusion. Oui aux soins », dont l'objectif est de combattre les préjugés, d'obtenir un soutien en faveur de structures de soins plus éclairées et plus équitables à l'intention des personnes atteintes de maladies mentales et de parvenir à convaincre les Etats Membres de l'Organisation d'accepter de placer la maladie mentale parmi les importants problèmes de santé. Le programme apporte des données qui arrivent en temps utile pour rectifier les erreurs véhiculées par les mythes entourant les maladies mentales, telles que les idées selon lesquelles ces maladies ne touchent que les adultes des pays riches, qu'elles ne sont pas de vraies maladies mais des failles inguérissables du caractère, et que la seule solution serait d'enfermer les malades mentaux dans des établissements spécialisés.

La campagne « Non à l'exclusion. Oui aux soins » donne à réfléchir en rappelant l'importance des maladies mentales dans le monde : 45 millions de malades pour la seule schizophrénie, 245 millions de personnes souffrant de dépression, de démence, d'alcoolisme ou d'autres problèmes mentaux. Le programme révèle aussi, hélas, que la majorité de ces malades sont privés même des traitements les plus élémentaires, comme c'est le cas par exemple pour les personnes souffrant de dépendance à l'alcool, dont seuls 22 % bénéficient d'un traitement, ou des personnes atteintes d'épilepsie, dont moins de 10 % ont accès à un traitement dans certains pays. Le point de vue défendu par le programme de l'OMS est que, dans tous les pays, la santé mentale devrait faire partie intégrante des services généraux de soins, et qu'il appartient aux Etats – dont c'est une responsabilité éthique – de n'exclure aucun citoyen et de respecter les droits fondamentaux de chacun.

La campagne de l'OMS invite les particuliers, les familles, les collectivités, les professionnels de la santé, les scientifiques, les dirigeants, les médias et les organisations non gouvernementales à unir leurs efforts et adopter tous ensemble une conception de la santé dans laquelle les individus reconnaissent l'importance de leur propre santé mentale, les malades, les familles et les groupes de population se sentent suffisamment autonomes pour prendre en main leurs propres besoins de santé mentale, les professionnels de la santé non seulement traitent les malades mentaux, mais prennent aussi une part active aux activités de promotion de la santé mentale et de prévention des maladies mentales, et les dirigeants élaborent et mettent au point des politiques tenant mieux compte des besoins de l'ensemble de la population.

La technique utilisée par la campagne « Non à l'exclusion. Oui aux soins » à jusqu'ici été la distribution de brochures, d'affiches, de plaquettes et d'autocollants, mais l'objectif est de faire appel aux nombreux organismes collaborateurs et circuits de distribution auxquels l'OMS a accès pour inciter les gouvernements nationaux et les organismes de soins de santé à modifier leurs politiques et à prendre une part active à la réorganisation des services et à l'élaboration de politiques de la santé mentale adaptées.

Les éléments conceptuels de tous ces programmes suivent les techniques cognitives visant à obtenir une modification comportementale. Leurs trois principaux objectifs sont semblables :

- mieux sensibiliser l'opinion à la nature de la maladie mentale et mieux faire connaître celle-ci
- améliorer les attitudes du public envers les personnes souffrant de maladie mentale et leur famille
- faire naître des initiatives destinées à éliminer la stigmatisation et la discrimination et à empêcher leur apparition.

## Stratégies de lutte contre la stigmatisation



Sartorius (1999) recommande de fixer comme objectif prioritaire de faire sortir les malades du cercle vicieux où stigmatisation et pauvreté se renforcent mutuellement. Il décrit plusieurs étapes menant à la pauvreté, comme par exemple la maladie, une infirmité, la honte qui leur est liée, la discrimination, la diminution des possibilités de réadaptation et un dysfonctionnement du rôle, et indique les interventions à effectuer à chacune de ces étapes. En dehors de la guérison du malade au moyen d'un traitement approprié et d'efforts thérapeutiques pour diminuer l'invalidité, plusieurs stratégies de lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées à la maladie mentale ont été employées avec succès par différents groupes à travers le monde. Habituellement, ces stratégies comportent la participation de tous ceux qui soignent et traitent les malades mentaux, ainsi que celle des patients ou consommateurs eux-mêmes. Les stratégies ci-après sont le plus fréquemment utilisées :

- Créer un bureau des intervenants chargé de former à la prise de parole des consommateurs individuels ou des malades et leur famille et d'organiser des interventions à l'intention de groupes précis tels que des étudiants, des infirmières, des personnes du monde des affaires, sur le thème de la maladie mentale et sur la manière dont des malades tels que les intervenants y font face et la façon dont ils gèrent leur vie.
- Confier aux consommateurs l'initiative de manifestations artistiques telles que des pièces de théâtre mettant en lumière l'importance de la maladie et ses effets débilissants ainsi que les conséquences de la stigmatisation et de la discrimination.
- Préparer à l'intention des écoles publiques des programmes scolaires consacrés à la santé mentale, adaptés au niveau de maturité, à l'âge et à la classe des écoliers ou lycéens.
- Cibler des groupes précis qui, selon les consommateurs, ont régulièrement tendance à être méprisants envers eux, tels que le personnel des urgences, le clergé ou les employés des administrations, et organiser à leur intention des séances d'information, ou des interventions et des exposés consacrés à la maladie mentale.

- Pour les campagnes de sensibilisation, la « taille unique » convenant à tous n'existe pas. Il faut cibler les campagnes contre les préjugés selon les groupes ethniques et non déployer de gros efforts pour monter des actions de grande ampleur sans aucun ciblage.
- Travailler en étroite collaboration avec les médias et préparer des dossiers d'information prêts à être diffusés au moment voulu, lorsqu'il est question de maladies mentales dans l'actualité.
- Participer activement aux activités organisées telles que la Journée mondiale de la santé mentale (le 10 octobre de chaque année), organisée à l'initiative de la Fédération mondiale pour la Santé mentale ou la semaine de sensibilisation à la santé mentale.
- Devenir « chasseur de préjugés » en étant informé et prêt à s'élever contre les comptes rendus de l'actualité locale ou nationale, les publicités ou les films qui montrent du doigt, tournent en ridicule ou diabolisent les personnes atteintes de maladies mentales, présentées comme des êtres violents, imprévisibles et dangereux.
- Informer les responsables des difficultés que rencontrent les personnes atteintes de maladies mentales pour se loger correctement, pour trouver un emploi convenable, se faire soigner ou avoir accès aux services publics.
- Apporter une aide aux consommateurs et aux familles pour que ces personnes s'organisent sur le plan local et s'affilient à des associations de consommateurs au niveau national.
- Organiser des groupes sur le plan local et aider ceux-ci à s'associer pour former une fédération de niveau national ou des alliances pour la santé mentale. Par exemple, favoriser la création d'une association nationale pour la santé mentale collaborant étroitement avec des groupes de professionnels de la santé tels que les associations nationales de psychiatres, de psychologues, d'infirmières et de travailleurs sociaux lesquelles, en tant qu'interlocuteurs privilégiés du gouvernement, peuvent intervenir auprès de celui-ci pour défendre les intérêts des malades mentaux.
- Inciter les groupes nationaux ou les associations pour la santé mentale à intervenir auprès du gouvernement pour que celui-ci fasse adopter une

législation combattant la stigmatisation et interdisant toute discrimination, que celle-ci repose sur des caractéristiques de groupe ou des infirmités individuelles physiques ou mentales.

- Rester vigilant et prêt à éliminer les préjugés et les idées fausses sur les malades mentaux.

## Conclusion



Le développement de l'autonomie est indissociable de la santé mentale des populations. L'adhésion et la participation des populations à l'élaboration, la mise en œuvre et l'organisation de leurs propres structures et programmes de soins permet à celles-ci de comprendre les effets et les incidences sur la santé au niveau local des fléaux sociaux tels que la toxicomanie et l'alcoolisme, la violence sociale et familiale, le suicide et l'homicide et les maladies mentales.

Cependant, on ne peut modifier un état de fait dû à des siècles de préjugés, de discrimination et de stigmatisation uniquement au moyen de déclarations gouvernementales et de textes législatifs, aussi importants soient-ils. L'efficacité du traitement et de la prise en charge de la maladie mentale dans l'environnement habituel du patient dépend dans une large mesure de la participation de divers niveaux administratifs, des organismes sociaux, de cliniciens, de soignants et du public dans son ensemble, des malades ou des consommateurs eux-mêmes et de leur famille. Pour que la réinsertion des malades mentaux dans un cadre de vie normal réussisse et que la maladie mentale soit acceptée comme faisant partie intégrante de notre tissu social, il faut que les populations aient pris en main et maîtrisé leurs propres structures, programmes, services et organisation de soins de santé mentale.

Il est donc indispensable d'engager un dialogue avec le public sur la vraie nature de la maladie mentale, ses terribles effets sur les individus, leur famille et la société en général, et sur les espoirs d'amélioration des traitements et des possibilités de réadaptation et de réinsertion. Un public éclairé travaillant en faveur des malades mentaux de concert avec des associations professionnelles et des groupes de défense d'intérêts peut faire pression sur un gouvernement national et sur les organisations de soins de santé afin d'obtenir un accès

équitable aux soins et l'élaboration d'une législation permettant de lutter contre la discrimination. À l'aide de ces outils, les populations pourraient alors se lancer avec franchise dans des échanges d'idées sur les causes des préjugés et les conséquences des attitudes de stigmatisation au sein de la société. Seuls ces efforts concertés permettront, à la longue, de faire disparaître la marque indélébile, la honte attachée à la maladie mentale.

## Références

- Arboleda-Florez L. Mental Illness and Violence : An Epidemiological Appraisal of the Evidence. *Can J Psychiatry* 1998 ; 43: 989-996.
- Arboleda-Florez L, Holley H, Crisanti A. Understanding causal paths between mental illness and violence. *International Journal of Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1998 ; 33: S38-S46.
- Australian National Mental Health Strategy. *National Mental Health Promotion and Prevention National Action Plan, under the Second National Mental Health Plan, 1998-2003*. Commonwealth Department of Health and Aged Care. Commonwealth of Australia, 1999.
- Baibabayev A, Cunningham D, de Long K. Update on the State of Mental Health Care in the Republic of Tajikistan. *Mental Health Reforms*, No.3, 2000: 14-16.
- Mental Health Commission of New Zealand : *Blueprint for Mental Health Services in New Zealand*. Wellington, November 1 998.
- Breier P. The Progress of Reforms in Slovakia. *Mental Health Reforms*, No.3, 2000: 2-5.
- Byrne P. Fall and rise of the movie « psycho-killer ». *Psychiatric Bulletin* 1998 ; 22: 174-176.
- CAMIMH (441 MacLaren Street, Suite 260, Ottawa, Canada, K2P 2H3) : *Building Consensus for a National Action Plan on Mental Illness and Mental Health*, 2000.
- Canadian Mental Health Association, Ontario Division : *Final Report. Mental Health Anti-Stigma Campaign Public Education Strategy*, 1994.
- Corrigan PW, Penn DL. Lessons From Social Psychology on Discrediting Psychiatric Stigma. *American Psychologist* 1999 ; 54(9) : 765-776.
- Corrigan PW. Mental Health Stigma as Social Attribution : Implications for Research Methods and Attitude Change. *American Psychological Association D12*, 2000 ; 7(1) : 48-66.
- Crocker J, Major B, Steele C. Social Stigma. In DT Gilbert, ST Fiske, G Lindzey (eds.) *Handbook of Social Psychology* (4th ed., vol. 2) Boston : McGraw-Hill, 1998.
- Dovidio JF, Major B, Crocker J. Stigma : Introduction and Overview. In TF Heatherton, RE Kleck, MR Hebl and JG Hull *The Social Psychology of Stigma*. New York : The Guilford Press, 2000.
- El Salvador, Secretaria Nacional de la Familia/Consejo Nacional de Salud Mental : *Plan Estrategico de Salud Mental*, Noviembre, 2000.
- Estroff SE, Zimmer C, Lachicotte WS. The influence of social networks and social support on violence by persons with serious mental illness. *Hospital and Community Psychiatry* 1994 ; 45: 669-679.
- Fish A. Amendments to Ontario's Mental Health Act. *Dialogue*, Ontario Psychiatric Association, December 2000.
- Gabbard GO, Gabbard K. Cinematic Stereotypes Contributing to the Stigmatization of Psychiatrists. In PJ Fink and A Tasman (eds.) *Stigma and Mental Illness*. Washington DC : American Psychiatric Press, 1992.
- Goffinan E. *Stigma : Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall, 1963.
- Gureje O, Alem A. Mental Health Policy Development in Africa. *Bulletin of the WHO* 2000,78(4) : 475-482.
- Hawthorne N. *The Scarlet Letter* (1850). Norwalk, CT : The Easton Press, 1975.
- Hayward P, Bright JA. Stigma and mental illness : A review and critique. *Journal of Mental Health* 1997, 6 : 345-354.

- Jorm AF. Mental health literacy. *BMJ* 2000, 177 : 396-401.
- Kramer H, Sprenger J. *Malleus Maleficarum* (1486) (English translation by M Summers. New York : Dover Publications, 1971).
- Link BG, Andrews H, Cullen FT. The violent and illegal behaviour of mental patients reconsidered. *Am Sociol Rev* 1992 ; 57: 275-292.
- Link BG, Cullen FT, Mirotznik J, Struening E. The Consequences of Stigma for Persons with Mental Illness : Evidence from the Social Sciences. In PJ Fink and A Tasman (eds.) *Stigma and Mental Illness*. Washington DC : American Psychiatric Press, 1992.
- Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido BA. Public Conceptions of Mental Illness : Labels, Causes, Dangerousness and Social Distance. *Am J public Health* 1999: 89(9): 1328-1333.
- Miller CT, Major B. Coping with Stigma and Prejudice. In TF Heatherton, RE Kleck, MR Hebl and JG Hull *The Social Psychology of Stigma*. New York : The Guilford Press, 2000.
- Monahan J. Clinical and Actuarial Predictions of Violence, in Faigman D, Kaye D, Saks M, Sanders H, eds. *Modern Scientific Evidence : The Law and Science of Expert Testimony*. Chicago : University of Chicago Press, 1997.
- NAMI. 2101 Wilson Boulevard, Arlington, V A, 22201, USA
- Neaman JS. *Suggestion of the Devil : The Origin of Madness*. Garden City, NY : Anchor Books/Doubleday, 1975.
- Nishnawbe Aski-Nation. Payahtakatsiwin (To Sustain a Nation), 1990.
- PACE (People Advocating for Change through Empowerment). *Surviving in Thunder Bay : An Examination of Mental Health Issues*. Thunder Bay, Ontario, 1996.
- Paul. Gal 6: 17 ("I bear on my body the stigmata of Christ")
- Pescosolido BA, Monahan J, Link BG, Stueve A, Kikuzawa S. The Public's View of the Competence, Dangerousness, and Need for Legal Coercion of Persons with Mental health Problems. *Am J Public Health* 1999 ; 89(9): 1339-1345.
- Philo G. Changing media representations of mental health. *Psychiatric Bulletin* 1997 ;21: 171-172.
- Rosen A, Walter G, Casey D, Hocking B. Combating psychiatric stigma : An overview of contemporary initiatives. *Australasian Psychiatry* 2000 ; 8(1): 19-26.
- Rovner S. Mental Illness on TV. *Washington Post*, July 6, 1993, Sect A :3.
- Ryder A, Bean G, Dion K. Caregiver Responses to Symptoms of First-Episode Psychosis : A Comparative Study of Chinese – and Euro-Canadian Families. *Transcultural Psychiatry* 2000 ; 37(2): 255-265.
- SANE's new Helpline. *SANE News* 1999: 10
- Sartorius N. One of the Last Obstacles to Better Mental Health Care : The Stigma of Mental Illness. In J Guimon, W Fischer, N Sartorius (eds.) *The Image of Madness*. Basel : Karger, 1999.
- Simmie S, Nunes J. *The Last Taboo – A Survival Guide to Mental Health Care in Canada*. Toronto : McClelland & Stewart, 2001, pp. 308-309.
- Simon B. Shame, Stigma, and Mental Illness in Ancient Greece. In PJ Fink and A Tasman (eds.) *Stigma and Mental Illness*. Washington DC : American Psychiatric Press, 1992.
- Stangor C, Crandall CS. Threat and the Social Construction of Stigma. In TF Heatherton, RE Kleck, MR Hebl and JG Hull *The Social Psychology of Stigma*. New York : The Guilford Press, 2000, p. 73.
- Steadman H, Coccozza J. Selective reporting and the public misconceptions. of the criminally insane. *Publ Opinion Q* 1978 ; 41: 523-533.
- Stuart H, Arboleda-Florez J. Community Attitudes Toward People with Schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry* 2001 ; 46(3): 55-61.

Stuart H, Arboleda-Florez J. Mental Illness and Violence: Are the Public at Risk? *Psychiatric Services* 2001 ; 52(5): 654-659.

The Report of the Surgeon General of the United States, December 13, 1999. <http://www.mental-health.about.com/health/mental/health/library/blsurgeon.htm>. Posted 3/8/2000.

The Monitor (Kampala). *Five million Ugandans "mentally sick"*, October 29, 1998.

The Royal College of Psychiatrists – *United Kingdom: Changing Minds Campaign*. <http://www.changingminds.co.uk/whatsnew/pr/pr-102> posted 01/10/2001.

Torrey EF. *Surviving Schizophrenia*. 3rd Edition. New York: Harper Perennial, 1995.

Thompson AH, Stuart H, Bland RC, Arboleda-Florez J, Warner R, Dickson RA. Attitudes about schizophrenia from the pilot site of the WP A worldwide campaign against the stigma of schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* (under editorial review).

Vanguard Daily (Lagos). *Don't Ask Employers to Pay Attention to Workers' Mental Health*. October, 11, 2000.

Wahl OF, Harman CR. Family views of stigma. *Schizophrenia Bulletin* 1989 ; 15 : 131-139.

Wills TA. Social comparison in coping and help-seeking. In BM DePaulo, A Nadler, JD Fisher (eds.) *New directions in helping: Vol 2. Help-seeking*. New York: Academic Press, 1983.

World Psychiatric Association *Global Program to Reduce the Stigma and Discrimination Because of Schizophrenia, "Open the Doors"*. [www.openthe-doors.com](http://www.openthe-doors.com), 2000.

World Health Organization: *Mental health: Stop exclusion. Dare to care*. Geneva, 2001.

# L'état des connaissances

---

## Disparités entre les hommes et les femmes dans le domaine de la santé mentale

**Jill Astbury**

Professeur associé et Directrice des programmes d'enseignement,  
Centre collaborateur de l'OMS pour la santé de la femme,  
Université de Melbourne, Australie

## Sommaire



Le présent document examine les données factuelles dont on dispose actuellement en matière de taux, facteurs de risque, corrélat et conséquences des disparités entre hommes et femmes dans le domaine de la santé mentale. Sur le plan conceptuel, l'appartenance à un sexe est un facteur structurel déterminant pour la santé mentale et la maladie mentale, qui court telle une ligne de faille, connectant entre elles et aggravant les disparités associées à d'autres déterminants socio-économiques importants, tels que le revenu, l'emploi et la position sociale.

Le sexe influe de manière différentielle sur la capacité qu'ont les hommes et les femmes à prendre en main et à maîtriser ces déterminants socio-économiques, l'accès qu'ils ont à des ressources, et leur statut, leur rôle, leurs choix et la manière dont ils sont traités au sein la société. Le sexe a un fort pouvoir explicatif en ce qui concerne non seulement la vulnérabilité et l'exposition différentielles aux risques de maladies mentales mais aussi les différences par rapport à l'issue des maladies mentales. Les différences homme-femme dans les taux relevés pour l'ensemble des troubles mentaux, y inclus les troubles rares tels la schizophrénie et les troubles bipolaires, sont négligeables. Cependant, il existe de très nettes différences entre les sexes pour la dépression, l'anxiété et les affections somatiques, qui touchent plus de 20 % de la population dans les pays économiquement avancés. La dépression représente la part la plus importante de la charge associée à tous les troubles mentaux et neurologiques et ce document lui est plus particulièrement consacré. On prévoit que la dépression sera la deuxième cause de morbidité dans le monde d'ici à 2020.


Pour essayer de résoudre ce problème grandissant, il est impératif de parvenir à une bien meilleure compréhension des dimensions sexuelles de la santé mentale. Nous disposons de données factuelles sur certains aspects du problème, mais de graves lacunes subsistent. Nous savons que :

- Les taux de dépression varient sensiblement d'un pays à l'autre, dénotant l'importance des facteurs macrosociaux. Toutefois, on observe presque toujours deux fois plus de dépressions chez les femmes que chez les hommes, dans toutes les sociétés et les contextes sociaux, aussi divers soient-ils.
- Bien que la prévalence de la dépression soit élevée, moins de la moitié des troubles dépressifs sont probablement décelés par les médecins dans les services des soins de santé primaires. Les différences entre les sexes en ce qui concerne la manière de demander de l'aide et les stéréotypes sexistes dans l'établissement du diagnostic aggravent les difficultés de dépistage et de traitement. Lorsque le patient est une femme, la prescription de psychotropes est prévisible. Même lorsque les symptômes sont identiques chez une femme et chez un homme, le médecin sera davantage susceptible de diagnostiquer une dépression chez la femme que chez l'homme, et moins susceptible de diagnostiquer des problèmes d'alcool.
- Les hommes prédominent en ce qui concerne le diagnostic de dépendance à l'alcool, avec des taux de prévalence sur la durée de la vie de 20 % comparés à 8 % pour les femmes, selon des études de population dans les pays économiquement avancés. Cependant, la dépression et l'anxiété font également couramment l'objet de diagnostics de comorbidité, ce qui met en évidence le besoin de formation à la prise de conscience des différences homme-femme afin de vaincre les stéréotypes sexistes et favoriser l'établissement d'un diagnostic correct et de la dépression et de la dépendance à l'alcool, chez les hommes et chez les femmes, lorsque ces troubles sont présents.
- La comorbidité est associée à un degré plus élevé de gravité de la maladie mentale, à de plus hauts niveaux d'incapacité et à un plus grand recours aux services. En ce qui concerne la comorbidité comportant trois troubles ou plus, les taux de prévalence chez la femme sont plus élevés que chez l'homme à la fois sur la durée de la vie et sur des périodes de 12 mois. La dépression et l'anxiété sont les troubles comorbides les plus courants, mais parmi d'autres troubles concomitants figurent de nombreuses affections dans lesquelles les femmes prédominent, telles que l'agoraphobie, le trouble panique, les troubles somatoformes et le trouble lié à l'état de stress post-traumatique.
- Il faut d'urgence prendre des mesures pour réduire la surreprésentation des femmes dépressives afin de diminuer la charge de morbidité due aux troubles mentaux et comportementaux dans le monde d'ici à 2020. Ceci exige l'adoption d'une politique de la santé mentale à plusieurs

niveaux, basée sur une approche intersectorielle et tenant compte des différences entre les sexes, laquelle sera axée sur la santé publique et comportera des stratégies sexospécifiques de réduction des facteurs de risque, ainsi que des services sensibles aux différences entre les sexes et offrant une égalité d'accès aux deux sexes.

- Les risques acquis en raison de son appartenance au sexe féminin sont multiples et étroitement liés. De nombreux risques résultent du fait que les femmes sont davantage exposées à la pauvreté, à la discrimination et au handicap socio-économique. Le gradient social dans le domaine de la santé est fortement lié au sexe étant donné que les femmes constituent environ 70 % des pauvres dans le monde et qu'elles gagnent nettement moins que les hommes lorsqu'elles occupent des emplois rémunérés.
- Occuper un rang inférieur est un puissant facteur prédictif de dépression. L'infériorité du statut social de la femme est encore renforcé sur le lieu de travail puisque les femmes sont davantage susceptibles d'occuper des emplois précaires, subalternes, sans pouvoir décisionnaire. Les personnes occupant ces emplois connaissent des niveaux plus élevés d'événements vécus négatifs, la précarité du logement, subissent davantage de facteurs de stress chroniques et disposent d'un soutien social moindre. Les rôles traditionnels de la femme augmentent encore sa vulnérabilité puisqu'ils accentuent la passivité, la soumission et la dépendance et imposent aux femmes le devoir de se charger sans relâche du soin d'autrui et d'effectuer des travaux ménagers et agricoles non rémunérés. À l'inverse, les progrès en matière d'égalité des sexes, en améliorant la condition des femmes, ont toutes les chances d'apporter une amélioration de la santé mentale des femmes.
- La mondialisation a vu une considérable aggravation des inégalités à l'intérieur des pays et entre les pays, et notamment des disparités de revenu liées au sexe. Pour les femmes pauvres des pays en développement soumis à des restructurations, les taux de dépression et d'anxiété ont nettement augmenté. L'accroissement du commerce sexuel des jeunes filles et des femmes constitue un autre problème de santé mentale, physique et sexuelle et de droits de la personne. Le coût pour la santé mentale des réformes économiques doit être attentivement surveillé.
- Enfin, l'épidémie d'actes de violence liés au sexe doit être enrayerée. La gravité et la durée de l'exposition à la violence constitue un facteur fortement prédictif de la gravité des effets sur la santé mentale. Les taux de dépression à l'âge adulte sont trois ou quatre fois plus élevés chez les femmes ayant subi durant leur enfance des sévices sexuels ou, à l'âge adulte, des violences physiques infligées par le partenaire. Lorsqu'il y a eu viol, près d'une femme sur trois souffrira de trouble lié à l'état de stress post-traumatique, comparé à une femme sur vingt chez les femmes non violées. Les niveaux actuels de détection de victimes d'actes de violence sont médiocres et les intervenants au niveau des soins de santé primaires ont besoin d'une meilleure formation pour parvenir à enrayer l'aggravation des problèmes de santé mentale.
- Les taux de comorbidité psychiatrique et de multicomorbidité sont élevés, mais ne sont ni détectés ni traités correctement. La nature de la comorbidité, qui est liée au sexe, pose des problèmes thérapeutiques complexes en ce qui concerne la détection et les modèles de soins adaptés.
- Il faut procéder à des recherches sur le lien entre la violence et la comorbidité. Les femmes sont nettement plus exposées aux risques de violence infligés par un intime et sont surreprésentées dans la population des personnes souffrant d'une forte comorbidité, qui portent la majeure partie du fardeau des troubles psychiatriques. De même, il faut procéder à des recherches permettant de mieux comprendre les sources de la résilience et de la capacité à conserver une bonne santé mentale que possèdent la majorité des femmes, malgré la violence qu'elles rencontrent dans la vie.
- Il est essentiel que les femmes puissent avoir accès à un lieu d'hébergement sûr à un coût abordable qui leur permette d'échapper avec leurs enfants aux violences dont elles sont les victimes. La cessation de la violence a un effet fortement thérapeutique pour la réduction de la dépression. L'amélioration de l'équilibre entre les rôles et les obligations des hommes et des femmes, l'égalité des rémunérations, la diminution de la pauvreté et un renouveau de l'intérêt pour la préservation du capital social contribuerait encore à réduire les disparités entre les sexes dans le domaine de la santé mentale.

## Introduction


 Les données relatives à l'ampleur de la charge mondiale des maladies mentales révèlent l'existence d'un problème de santé publique considérable et croissant (Murray & Lopez, 1996). La maladie mentale est associée à une importante charge de morbidité et d'incapacités et les taux de prévalence sur la durée de la vie pour tous les types de troubles psychologiques sont plus élevés qu'on ne l'avait estimé jusqu'ici. Ces taux sont en augmentation dans les cohortes récentes et cette augmentation touche près de la moitié de la population (Kessler, McGonagle, Zhao et al, 1994 ; OMS & ICPE, 2000).

Bien que les maladies mentales soient courantes, elles sont sous-diagnostiquées par les médecins. Moins de la moitié des personnes qui remplissent les critères de diagnostic des troubles psychologiques sont dépistées par les personnels de soins de santé primaires (Üstün & Sartorius, 1995). Les malades eux aussi semblent hésiter à solliciter une aide professionnelle. Deux personnes sur cinq seulement souffrant de troubles de l'humeur, d'anxiété ou de toxicomanie déclarent avoir demandé de l'aide au cours de l'année où les troubles se sont déclarés (OMS & ICPE, 2000).

Outre les réticences des malades, d'autres facteurs influent sur l'utilisation des services de soins de santé mentale. La manière dont les soins de santé mentale sont financés et organisés, entre autres l'évolution vers des politiques de la santé instaurant un paiement direct par les usagers, ont une importance croissante. Le niveau des revenus et le régime d'assurance-maladie permettent d'établir un bon pronostic de l'accès aux soins, et en particulier aux soins fournis par un spécialiste (McAlpine & Mechanic, 2000 ; Alegria, Bijl, Lin et al, 2000).

Globalement, en ce qui concerne les troubles mentaux, les taux sont presque identiques pour les hommes et les femmes (Kessler, McGonagle, Zhao et al, 1994), mais les différences entre les sexes du point de vue des caractéristiques sont frappantes.

## Sexe, droits de la personne et charge de la morbidité mondiale

 Le sexe est un facteur déterminant de la santé, y compris de la santé mentale. Il influence la capacité qu'ont les hommes et les femmes à prendre en main et à maîtriser les éléments qui déterminent leur santé mentale, entre autres leur statut socio-économique, leur rôle, rang et condition sociale, leur accès aux ressources et la manière dont ils sont traités au sein de la société. Le sexe est aussi, en lui-même, un facteur important qui définit la vulnérabilité et l'exposition à un certain nombre de risques de santé mentale.

Si l'on admet que les hommes comme les femmes ont un droit fondamental à la santé mentale, il devient impossible d'étudier les incidences du sexe sur la santé mentale sans examiner les discriminations sexuelles et les actes de violence liés au sexe de la victime. C'est pourquoi il est indispensable de travailler dans le cadre des droits de la personne pour interpréter les différences entre les sexes dans le domaine de la santé mentale et pour repérer et réparer les injustices à l'origine d'une mauvaise santé mentale. Nombre d'expériences négatives et expositions à des facteurs de risques pour la santé mentale qui déclenchent et font perdurer les troubles psychologiques prédominants chez les femmes concernent de graves violations des droits des femmes en tant qu'êtres humains, entre autres leurs droits dans les domaines génésique et sexuel. Le Rapport 1999 sur le développement humain, au sujet de l'augmentation du crime organisé lié à la mondialisation, note une intensification du commerce des femmes et des jeunes filles à des fins d'exploitation sexuelle – environ 500 000 jeunes filles et femmes ont ainsi été l'objet de ce type de commerce pour la seule Europe occidentale – et décrit cette exploitation comme « l'une des plus odieuses violations des droits de la personne ». Les multiples et graves conséquences pour la santé mentale des sévices et violences sexuelles sont examinées ci-dessous.

## Sexe et spécificité des troubles mentaux



Lorsque l'on examine le rôle du sexe dans les maladies mentales, il est nécessaire de faire une distinction entre les troubles mentaux graves à faible prévalence tels que la schizophrénie et le trouble bipolaire, pour lesquels on ne relève pas de différences systématiques entre les sexes du point de vue des taux de prévalence, et les troubles à forte prévalence que sont la dépression et l'anxiété pour lesquelles des différences marquées entre les sexes sont systématiquement observées. On sait que la dépression et l'anxiété, souvent associées à des affections somatiques, touchent environ une personne sur cinq dans la population générale et plus de deux personnes sur cinq parmi les bénéficiaires de soins de santé primaires dans divers pays (Üstün & Sartorius, 1995 ; Patil, 1999).

Les études effectuées sur la population générale montrent que pour la schizophrénie et les troubles bipolaires, les taux de prévalence, calculés sur la vie, varient entre 0,1 % et 3 % pour la schizophrénie et entre 0,2 % et 1,6 % pour les troubles bipolaires (Piccinell & Homen 1997) et aucune différence significative entre les sexes n'a été relevée.

Les différences entre les taux de troubles mentaux ne constituent qu'une dimension du rôle joué par le sexe dans le domaine de la santé et les maladies mentales. Au-delà de ces pourcentages, il existe un lien entre le sexe et les différences de risques et de vulnérabilité, le moment de l'apparition et l'évolution des troubles, le diagnostic, le traitement et l'adaptation au trouble mental.

Une analyse détaillée des recherches sur la schizophrénie a mis en évidence qu'on observe fréquemment des différences entre les sexes en ce qui concerne l'âge d'apparition des symptômes. Généralement, chez les hommes, les symptômes apparaissent plus tôt que chez les femmes et le fonctionnement et développement psychosocial prémorbides sont moins bons (Piccinelle & Homen, 1997). Chez les femmes, malgré l'apparition plus tardive des symptômes, selon certaines études, la fréquence des hallucinations est plus élevée et les symptômes psychotiques plus manifestes que chez les hommes (Lindame et al., 1999). De

même, bien qu'il ne semble pas y avoir de différences entre les sexes pour ce qui concerne les taux de prévalence des troubles bipolaires au sein de la population, il existe cependant des différences entre les sexes pour ce qui est de l'évolution de la maladie. Les femmes sont davantage susceptibles de souffrir de la forme cyclique rapide de la maladie, présentent davantage de comorbidité (Leibenluft, 1997) et plus de risques de nécessiter une hospitalisation au cours de l'épisode maniaque du trouble (Hendrick, Altschuler, Gitlin et al. 2000).

Selon un certain nombre d'études, les femmes souffrant de schizophrénie ont des relations sociales de meilleure qualité que les hommes.

Cependant, une enquête transnationale menée au Canada, à Cuba et aux États-Unis (Vandiver, 1998) a fait ressortir que ceci était uniquement vrai pour les Canadiennes, mais qu'à Cuba la qualité de la vie des hommes était meilleure que celle des femmes. Une étude menée en Finlande sur les différences entre les hommes et les femmes sur le plan des capacités à prendre en charge les aspects pratiques de la vie quotidienne, étude qui portait sur les soins corporels et l'habillement, les courses, la préparation des repas et le ménage, a mis en relief que ces capacités essentielles lorsqu'il s'agit de mener une vie indépendante faisaient défaut à la moitié des hommes mais à un tiers seulement des femmes (Hintikka et al., 1999). Ainsi, les compétences inculquées lors de la socialisation sexuée peuvent influencer sur l'adaptation à long terme à des troubles mentaux graves et sur leur issue.

L'exposition sexospécifique au risque complique également le type et la diversité des issues défavorables associées aux troubles mentaux graves. Chez les sans domicile fixe atteints de schizophrénie, les femmes sont davantage victimes de violences sexuelles et physiques et souffrent davantage que les hommes d'anxiété et de dépression comorbides ainsi que d'autres maladies non mentales (Brunette & Drake, 1998).

### Sexe et dépression

La dépression contribue très nettement à la charge mondiale de morbidité. C'est aussi le problème de santé mentale féminin le plus fréquemment rencontré (Piccinelle & Homen, 1997). Les dépressions majeures ou unipolaires se rencontrent

approximativement deux fois plus souvent chez les femmes que chez les hommes et l'on prévoit que la dépression sera la deuxième cause de morbidité dans le monde d'ici à 2020 (Murray & Lopez, 1996). Toute réduction substantielle de la surreprésentation des femmes souffrant de dépression contribuerait à réduire de manière notable la charge mondiale de morbidité et d'incapacité. La dépression et l'anxiété constituent les troubles comorbides les plus courants et il existe des différences importantes entre les taux de comorbidité de chaque sexe (Linzer et al., 1996). La comorbidité contribue de manière substantielle à la charge d'incapacité due aux troubles psychologiques (Kessler et al., 1994 ; Üstün & Sartorius 1995, OMS & ICPE, 2000).

La différence entre les sexes dans le domaine de la dépression constitue l'un des plus solides résultats de l'épidémiologie psychiatrique. Une analyse détaillée de la presque totalité des études consacrées jusqu'à présent à la population générale aux États-Unis d'Amérique, à Puerto Rico, au Canada, en France, en Islande, à Taïwan, en Corée, en Allemagne et à Hong Kong a mis en évidence que, sur la durée de la vie, la proportion de femmes souffrant de dépression majeure est largement supérieure à celle des hommes (Piccinelli & Homen, 1997). Cette différence est établie à partir d'échantillons cliniques et communautaires et pour divers groupes ethniques (Kessler et al., 1994, Gater et al., 1998, OMS & ICPE, 2000). Il est également possible que la dépression soit plus persistante chez les femmes (Bracke, 2000) et le fait d'être une femme constitue un facteur prédictif important de rechute (Kuehner, 1999).

L'enquête nationale américaine sur la comorbidité (Kessler et al., 1994), comme de nombreuses autres études antérieures ou menées depuis (Üstün & Sartorius, 1995 ; Linzer et al., 1996 ; Brown, 1998), a mis en évidence que chez les femmes la prévalence de la plupart des troubles affectifs et des psychoses non affectives est plus forte que chez les hommes, lesquels présentent des taux plus élevés de troubles liés à la consommation de substances psychotropes et de troubles de personnalité dyssociale.

Les troubles les plus courants étaient la dépression majeure et la dépendance à l'alcool ; ces troubles sont souvent comorbides chez les hommes présentant une dépendance à l'alcool. Il existe des différences de prévalence marquées entre les sexes pour ces deux types de troubles, comme l'illustre le tableau ci-dessous :

En outre, si le taux de suicides est plus élevé chez les hommes, une étude portant sur neuf pays a établi que le nombre de tentatives de suicide était toujours plus élevé chez les femmes (Weissman, Bland, Canino et al., 1999). Les actes de violence liés au sexe de la victime constituent un facteur prédictif de la tendance suicidaire chez les femmes : plus de 20 % des femmes ayant subi des actes de violences font des tentatives de suicide (Stark & Flitcraft, 1996). Les taux d'idées suicidaires et de tentatives de suicide varient considérablement selon les pays (Weissman, Bland, Canino et al., 1999).

Les femmes présentent également des taux nettement plus élevés de troubles liés au stress post-traumatique que les hommes (Kessler et al., 1995).

#### Enquête nationale sur la comorbidité : Taux de prévalence de certains troubles

Troubles mentaux	Prévalente sur la durée de la vie Femmes	Prévalente sur la durée de la vie Hommes	Prévalente sur 12 mois Femmes	Prévalente sur 12 mois Hommes
Episode dépressif majeur	21.3 %	12.7 %	12.9 %	7.7 %
Dépendance à l'alcool	8.2 %	20.1 %	3.7 %	10.7 %
Troubles de personnalité dyssociale	1.2 %	5.8 %	non disp.	non dispo.

Source : Kessler et al., 1994

Les enquêtes menées dans la population générale ont mis en évidence qu'environ un adulte sur 12 souffre de troubles liés au stress post-traumatique à un moment de sa vie et que chez les femmes les risques de présenter ce type de trouble à la suite d'un traumatisme est environ deux fois plus élevé que chez les hommes (Beslau et al, 1998), soit des proportions équivalentes à celles de la différence relevée pour les taux de dépression.

### **Sexe et comorbidité**

La comorbidité de la dépression et de l'anxiété est couramment diagnostiquée et chez les femmes la prévalence de la comorbidité de trois troubles ou davantage est plus élevée que chez les hommes à la fois sur la durée de vie et sur des périodes de 12 mois (Kessler et al., 1994, OMS & ICPE, 2000). Près de la moitié des malades souffrant d'au moins un trouble psychiatrique sont également atteints d'un autre trouble au moins relevant d'un autre groupe de troubles psychiatriques (Üstün & Sartorius, 1995). Ces groupes comprennent la plupart des troubles prédominants chez les femmes comme les études l'ont démontré, à l'exception de la dépendance à l'alcool (Russo, 1990), entre autres les phases dépressives, l'agoraphobie, le trouble panique et l'anxiété généralisée ; la somatisation, l'hypocondrie et la douleur somatoforme. La comorbidité psychiatrique, avec la dépression comme facteur commun, constitue un constat caractéristique de nombreuses études sur la santé mentale des femmes (Brown et al. 1996 ; Linzer, Spitzer, Kroenke et al, 1996) et la conclusion à laquelle aboutissent de manière répétée des études consacrées aux effets sur la santé mentale des actes de violence exercés par un intime (Resnick et al., 1997).

Les résultats de recherches récentes ont souligné la nécessité d'une meilleure reconnaissance de la présence et de l'importance des maladies comorbides. La comorbidité est associée à un degré de gravité et des niveaux d'incapacité plus élevés et à un recours accru aux services de soins. Elle est par ailleurs restreinte à un petit groupe de personnes. Selon les études, aux États-Unis, les malades présentant une forte comorbidité constituent au total environ un sixième de la population âgée de 15 à 54 ans et portent la majeure partie de la charge des troubles psychiatriques (Kessler et al., 1994). Au cours de l'enquête nationale sur la comorbidité,

lorsque tous les troubles rencontrés pendant la vie ont été examinés, 21 % seulement de ceux-ci affectaient les personnes qui, au cours de leur vie, n'avaient souffert que d'un seul trouble, alors que 79 % des troubles rencontrés pendant la vie, dans cet échantillon, étaient des troubles comorbides. Pour les troubles étudiés sur une durée de 12 mois, les résultats étaient encore plus nets. Le fait que les femmes présentaient une comorbidité de trois troubles ou davantage nettement supérieure sur la durée de la vie et sur une période de 12 mois à la comorbidité rencontrée chez les hommes dans cette enquête et dans d'autres études est donc d'importance considérable (Üstün & Sartorius 1995, OMS ICPE, 2000).

Les analyses ultérieures des données de l'enquête nationale sur la comorbidité ont fait ressortir de fortes associations entre les attaques de panique et le trouble panique et les dépressions majeures, les attaques de panique étant les précurseurs du premier épisode de dépression majeure et la dépression primaire étant précurseur de l'apparition d'attaques de paniques ultérieures. Le constat que cette association était moins forte lorsque l'influence d'expériences traumatiques antérieures et les antécédents d'autres troubles mentaux étaient statistiquement neutralisés dans l'analyse est significatif du point de vue de la différence homme-femme (Kessler, Stang, Wittchen et al, 1998).

L'étude multinationale de l'OMS sur les problèmes psychologiques dans les soins de santé généraux a également mis en relief que des attaques de panique accompagnées d'un diagnostic de trouble panique étaient fréquemment associées à la présence d'un trouble dépressif. Ces trois troubles — attaques de panique, trouble panique et trouble dépressif — sont nettement plus fréquents chez les femmes que chez les hommes. L'association de ces trois troubles engendrait un trouble grave de longue durée lié à un taux élevé de comportement suicidaire (Lecrubier & Üstün, 1998).

### **Comorbidité et aggravation avec le temps**

La présence simultanée de troubles multiples à un moment donné n'est pas le seul aspect auquel il est nécessaire d'apporter une attention urgente. Les cliniciens, les responsables politiques et les chercheurs ont besoin de mieux comprendre pourquoi


les troubles psychologiques s'aggravent et prolifèrent au cours de la vie chez des personnes appartenant à un sous-ensemble à comorbidité élevée, en particulier des femmes, afin de pouvoir mettre au point des interventions efficaces.

Par exemple, chez des patients qui au départ ne souffrent d'aucune incapacité, mais qui sont ensuite atteints d'une maladie dépressive, une incapacité peut apparaître puis prendre de l'ampleur avec le temps. Ormel, Vonkorff, Oldehinkel et al. (1999) ont mis en évidence que le risque qu'une incapacité physique ne se déclare augmentait d'une fois et demie trois mois après l'apparition de la maladie dépressive et de 1,8 fois au bout de 12 mois, même lorsque la gravité de cet handicap physique avait été statistiquement neutralisé. Le risque d'apparition d'un handicap social évoluait de manière encore plus significative : il augmentait de 2,2 fois au bout de 3 mois et de 2,3 fois au bout de 12 mois.

Il est particulièrement important de repérer les femmes au moment où elles sont victimes d'actes de violence et les femmes qui ont des antécédents de victimisation. Les problèmes de santé liés à la violence, entre autres les taux élevés de dépression et les troubles liés au stress post-traumatique, augmentent et s'aggravent lorsque la victimisation n'est pas détectée. Ceci entraîne une augmentation de l'utilisation du système de santé et de soins de santé mentale et des soins plus coûteux (AMA, 1992 ; Koss, 1994 ; Acierno, Resnick et Kilpatrick, 1998).

## Préjugés contre les femmes

### Recherche

 Les préjugés contre les femmes ont dévié les priorités en matière de recherche. La relation entre les fonctions génésiques de la femme et sa santé mentale a été longuement, intensément et minutieusement examinée pendant de longues années alors que d'autres domaines de la santé de la femme étaient négligés. De récentes recherches semblent indiquer que l'effet des facteurs biologiques et génésiques sur la santé mentale de la femme est fortement modifié et, dans certains cas, disparaît, lorsque l'on tient compte des facteurs psychosociaux. Par exemple, la recherche sur la

ménopause a révélé que le bien-être psychique chez les femmes d'âge moyen est incontestablement associé à leur état de santé général et à des variables psychosociales et de styles de vie, et non à l'état d'avancement du processus de la ménopause ou au niveau hormonal (Dennerstein, Dudley et Burger, 1997).

En revanche, il n'a pratiquement pas été tenu compte du rôle que jouent les fonctions génésiques dans la santé mentale de l'homme. Les quelques études qui ont été menées révèlent que sur le plan affectif les hommes sont sensibles aux mêmes événements que les femmes dans un grand nombre de cas. Par exemple, les hommes comme les femmes souffrent de dépression à la suite de la naissance d'un enfant et il existe un niveau de corrélation élevé entre les parents en ce qui concerne les symptômes dépressifs (Soliday, McCluskey-Fawcett et O'Brien, 1999).

En règle générale, les programmes de santé destinés aux femmes se limitent au domaine de santé génésique et de la maîtrise de la fécondité, en particulier dans les pays en développement. Les femmes à qui ces programmes s'adressent ne partagent pas forcément les préoccupations des responsables de la planification sanitaire, des organismes humanitaires et des chercheurs. Dans une étude menée dans la région du fleuve Volta au Ghana, près des trois quarts des femmes à qui l'on avait demandé quel était pour elles le plus important sujet de préoccupation sur le plan de la santé ont cité des problèmes de santé psychosociaux tels que « je pense trop » et « je me fais trop de soucis », et non des problèmes de santé génésique (Avotri & Walters, 1999). Dans leurs explications sur leurs problèmes de santé, ces femmes insistent sur la charge travail, la répartition des tâches selon le sexe, l'insécurité financière et la responsabilité incessante de la garde des enfants.

### Traitement

Les préjugés contre les femmes et les stéréotypes dans le traitement des patientes et dans le diagnostic des troubles psychologiques sont signalés depuis 1970 (Broverman, Vogel, Broverman et al., 1972). Les résultats de recherches récentes sont moins homogènes. Selon certaines études, les médecins avaient davantage tendance à diagnostiquer la dépression chez les femmes que chez les hommes,

même lorsque les tests normalisés servant à mesurer la dépression donnent des résultats comparables ou que les malades présentent des symptômes identiques (Callahan, Bertakis, Azari et al, 1997 ; Stoppe, Sandholzer, Huppertz et al, 1999). Cependant, dans l'étude multinationale que l'OMS a consacrée aux problèmes psychologiques dans les soins de santé généraux, aucune différence liée au sexe du patient n'a été relevée dans la détection par des médecins de la dépression et des troubles de l'anxiété (Gater et al, 1998). La détection ou l'identification des troubles psychologiques est une première étape importante de l'amélioration de la qualité des soins, mais qui doit être suivie d'un traitement efficace pour avoir un effet positif sur l'issue de la maladie.

Le sexe féminin constitue un important facteur prédictif en ce qui concerne la prescription de psychotropes. En outre, selon certaines études, une fois que les facteurs démographiques, l'état de santé, la situation économique et le diagnostic ont été statistiquement neutralisés, les femmes sont dans 48 % des cas davantage susceptibles que les hommes d'avoir recours à des psychotropes (Simoni-Wastila, 2000).

Des différences existent entre la manière dont les hommes et les femmes cherchent de l'aide pour les troubles psychologiques. Les femmes sont davantage susceptibles de chercher de l'aide auprès de leur médecin chargé des soins de santé primaires et de lui faire part de leurs problèmes de santé mentale alors que les hommes ont davantage tendance à s'adresser à un spécialiste de la santé mentale et sont les principaux utilisateurs des soins en établissement. Les hommes sont aussi davantage susceptibles que les femmes de faire part de leurs problèmes d'alcool aux intervenants chargés des soins de santé (Allen, Nelson, Rouhbakhsh et al, 1998). Le fait que l'on s'attende à certaines prédispositions selon le sexe — prédisposition des femmes aux problèmes psychologiques et prédisposition des hommes aux problèmes d'alcool — et que les hommes aient des réticences à révéler des symptômes dépressifs, semble ainsi renforcer l'attitude réprobatoire de la société et limiter la demande d'aide à des modèles stéréotypés.

Quelles que soient les différences liées à l'appartenance sexuelle, la plupart des femmes et des hommes confrontés à une souffrance psychique

et/ou un trouble psychologique ne sont ni repérés ni traités par leur médecin (Üstün & Sartorius, 1995). A ceci s'ajoute un autre problème : de nombreuses personnes aux prises avec des troubles psychologiques ne consultent pas leur médecin. Au cours d'une étude récente menée aux Etats-Unis, près des trois cinquièmes des malades souffrant de graves maladies mentales n'avaient reçu aucun soin spécialisé au cours des 12 mois précédant l'enquête (McAlpine & Mechanic, 2000). Lorsque aucune aide n'est recherchée au cours de l'année où le trouble se déclare, il est courant dans de nombreux pays que plus de 10 années s'écoulent avant que cette aide ne soit demandée (OMS & ICPE, 2000). S'il existe d'importants besoins insatisfaits ainsi que des niveaux médiocres d'identification des troubles chez les malades qui consultent dans le cadre des soins de santé primaires dans les pays développés disposant de bonnes ressources, la situation est fort probablement bien pire dans les pays en développement.

#### **Financement, organisation et assurance**

L'organisation et le financement des soins de santé mentale apportent une importante contribution au capital social et constituent un indicateur d'accès aux soins de santé mentale et d'équité de ces soins.

Pour réduire les disparités entre hommes et femmes dans le domaine des soins de santé, en particulier pour ce qui est des troubles où les femmes prédominent, il est indispensable de faire disparaître les obstacles à l'accès aux soins et de prendre en compte les préférences des patients. La surreprésentation des femmes parmi les personnes démunies signifie que le coût constituera un important obstacle aux soins de santé mentale. Le paiement par les usagers, système dans lequel le coût des services utilisés ou de l'assurance-maladie est entièrement à la charge de l'utilisateur, aura pour conséquence de davantage encore pénaliser les femmes pauvres surreprésentées parmi les personnes souffrant de dépression, d'anxiété, de troubles de panique, de somatisation et de stress post-traumatique.

Selon la manière dont les soins de santé mentale sont financés, la situation au regard de l'assurance-maladie permet de nettement prévoir l'accès aux

soins spécialisés. Selon une étude américaine, les personnes bénéficiant d'une assurance-maladie étaient six fois plus susceptibles d'avoir accès à des soins que les personnes sans assurance (McAlpine & Mechanic, 2000). L'absence d'assurance influe sur d'autres aspects du handicap socio-économique que subissent les personnes souffrant de maladie mentale grave par rapport aux personnes sans trouble mental identifiable.

Le niveau des revenus ainsi que l'organisation et le financement de la santé mentale peuvent exercer une influence sur la probabilité qu'une personne fasse appel aux services de santé mentale et sur le secteur précis de prestation de services susceptibles d'être accessibles. Une étude portant sur trois pays, utilisant des données recueillies par l'enquête nationale de comorbidité de 1990-1992, le supplément de 1990-1991 consacré à la santé mentale de l'enquête sanitaire menée en Ontario et l'enquête sur la santé mentale et l'étude d'incidence néerlandaises de 1996, ont examiné les liens entre le revenu, l'organisation et le financement des soins de santé mentale, et le recours différentiel à un traitement des problèmes de santé mentale. Les trois secteurs de prestations de soins de santé mentale examinés étaient la médecine générale, la médecine spécialisée et les services humains. L'Ontario était le seul lieu où le revenu n'était pas lié au secteur de soins des patients, ce qui est une indication d'égalité d'accès. En ce qui concerne le développement humain, le fait que le Canada soit aussi en première position dans l'indice du développement humain et dans l'indice du développement de l'égalité entre les hommes et les femmes (PNUD, 2000) n'est peut-être pas non plus une coïncidence. Aux États-Unis, le revenu était lié de manière positive au traitement dans le secteur de la médecine spécialisée et négativement au traitement dans le secteur des services humains. Aux Pays-Bas, les malades des catégories à revenu moyen étaient moins susceptibles de recevoir des soins spécialisés et ceux des catégories à revenu élevé moins susceptibles de recevoir des soins du secteur des services humains (Alegria, Bijl, Lin et al, 2000).

Normalement, lorsque l'accès aux soins n'est pas entravé par des considérations de coût, les malades les plus en difficulté demandent un traitement. Une autre étude canadienne a révélé que, dans le domaine de la santé mentale, la situation de mère

célibataire constituait le plus puissant facteur prédictif indépendant de morbidité et de recours aux services de santé mentale. Un faible revenu venait en deuxième position dans la liste des facteurs prédictifs puissants et, naturellement, un faible revenu est souvent étroitement lié à la situation de mère célibataire (Lipman, Offord et Boyle, 1997).

Lorsque la tendance, qui existe dans certains pays, à avoir recours aux soins intégrés s'accompagne d'une réduction de l'intensité et de la durée du traitement, celle-ci aura probablement plus de répercussions sur les malades souffrant de troubles chroniques, qui sont également les personnes les plus susceptibles de souffrir d'un handicap social.

### **Services tenant compte des sexospécificités**

Pour réduire les disparités entre les hommes et les femmes dans le domaine du traitement des problèmes de santé mentale, il est essentiel de disposer de services tenant compte des sexospécificités. Si les femmes doivent pouvoir accéder à des soins à tous les niveaux, des soins primaires aux soins spécialisés ou aux soins en institution ainsi qu'aux soins ambulatoires, les services doivent être conçus pour répondre aux besoins de celles-ci.

Pour que l'aide disponible ait par ailleurs un sens pour les patients qui demandent un traitement, l'ensemble des besoins psychosociaux et de santé mentale des malades doit être pris en compte. Ceci signifie que les services doivent adopter une approche fondée sur le cours de la vie, en prenant en considération l'exposition sexospécifique passée et présente à des facteurs de stress et à des risques et en étant attentifs aux situations individuelles et aux rôles et responsabilités sexués du malade au moment de la consultation.

La sensibilité aux différences entre les sexes ne s'améliorera que lorsque les préférences exprimées par les bénéficiaires des services seront utilisées dans les modèles de traitement et les prestations de soins. Pour les femmes en général, mais plus spécialement pour celles qui ne disposent que de faibles revenus, les services doivent être rendus réellement accessibles. Ceci signifie entre autres des services accessibles pendant les week-ends et en soirée, un temps d'attente réduit et des lieux de consultation desservis par les transports en commun. En ce qui concerne la relation patient-méde-

cin, les soignants souhaités pour ces services sont ceux qui montrent de la sollicitude et du respect envers les malades et qui sont prêts à leur parler et à leur consacrer du temps. Les femmes préfèrent également les services intégrés où l'on trouve dans un même lieu une aide sociale et clinique (O'Malley, Forrest et O'Malley 2000).

Certaines femmes souffrant de maladies mentales ou de troubles liés à la toxicomanie sont également mères et chargées de la responsabilité de leurs enfants. Les services doivent être conscients de l'incidence de ce rôle sur la vie de ces femmes et sur leur décision d'accepter de demander une aide, et en particulier de leurs craintes que leurs enfants ne leur soient enlevés si elles demandent à se faire traiter (Mowbray et al., 1995). Pour les femmes souffrant de troubles psychologiques post-partum tels que la dépression ou la psychose post-partum, mais également pour les femmes atteintes de souffrance psychique, d'épuisement ou rencontrant des difficultés dans leurs tâches parentales, des services mère-enfant permettant d'admettre la mère avec son enfant peuvent s'avérer utiles. Pour atténuer le caractère honteux de ces hospitalisations, ces services devraient fonctionner au sein des maternités. Les mères et leur enfant ne devraient pas être envoyés en hôpital psychiatrique.

Les services qui tentent d'aider les femmes souffrant de graves maladies mentales doivent dépasser les conceptions stéréotypées des femmes et de leur rôle et non seulement fournir un accès aux compétences visant à une meilleure intégration sociale et à une plus grande indépendance dans la vie quotidienne, mais également une aide à la formation professionnelle et à la recherche d'emploi.

### Violence et maladies mentales graves

Les problèmes de santé mentale liés à la violence sont mal identifiés, les antécédents de victimisation ne sont pas systématiquement recherchés au cours de l'anamnèse et les femmes ont des réticences à révéler avoir été victimes d'actes de violence si le médecin ne leur pose pas directement la question (Mazza & Dennerstein, 1996).

Cependant, le fait d'avoir été victime d'actes de violence, particulièrement de sévices sexuels graves au cours de l'enfance, constitue un facteur prédictif significatif de séjour dans un établissement psychiatrique à l'âge adulte. Selon une étude

menée en Nouvelle-Zélande (Mullen, 1993), les femmes qui, au cours de leur enfance, avaient été victimes des sévices sexuels comportant une pénétration, étaient 16 fois plus susceptibles de signaler une hospitalisation dans une institution psychiatrique que celles qui avaient subi des sévices moins graves. Étant donné le niveau de signification statistique des sévices sexuels graves comme facteur prédictif d'une hospitalisation, il est important que les services de soins en établissement et les services résidentiels offrent aux femmes un niveau de sécurité adéquat et la possibilité de s'isoler de manière satisfaisante. Même après avoir statistiquement neutralisé les effets d'un foyer instable où l'un des parents ou les deux parents étaient absents, avaient des problèmes de santé mentale ou étaient en conflit, les sévices sexuels graves demeurent un important facteur prédictif d'une psychopathologie ultérieure.

### Sexe et risque



De nouveaux éléments indiquent que, dans le domaine de la santé mentale, l'incidence du sexe est aggravé par l'interdépendance entre le sexe et d'autres facteurs sociaux et structurels déterminants de l'état de santé mentale, entre autres l'éducation, le revenu et l'emploi ainsi que le rang et les rôles sociaux. Il existe dans tous les pays des liens puissants, bien que variables, associant l'inégalité entre les sexes, la pauvreté humaine et les différentiels socio-économiques. La différence entre les sexes en ce qui concerne le bien-être matériel et le développement humain est largement reconnue. Selon le Rapport sur la Santé dans le monde, 1998 :

La santé des femmes est indissociable de leur statut dans la société. L'égalité leur est bénéfique et elles souffrent de la discrimination. Aujourd'hui, le piètre statut social et l'absence de bien-être qui sont le lot de millions et de millions de femmes dans le monde font de leur vie une véritable tragédie (OMS, 1998: 7).

Dans tous les pays, le développement de l'égalité entre les sexes reste inférieur à celui du développement humain (PNUD, 2000) ou, comme on peut le lire dans un Rapport sur le développement humain antérieur (PNUD, 1997) : « aucune société ne traite ses femmes aussi bien que ses hommes ».

Les femmes constituent plus de 70 % des pauvres dans le monde (PNUD, 1995) et elles portent le triple fardeau des tâches de production, de reproduction et de dispensatrice de soins. Même dans les pays développés, les femmes élevant seules des enfants constituent le groupe le plus important de personnes vivant dans la pauvreté (Belle, 1990) et elles sont tout particulièrement vulnérables en raison de leur mauvais état de santé physique et mental (Macran et al., 1996 ; Lipman, Offord et Boyle, 1997). Manifestement, il faut tenir compte du sexe lorsque l'on examine la manière dont les disparités de revenu, les inégalités et la pauvreté influent sur la santé mentale.

## Sexe et rang



Il existe un fort gradient social dans le domaine de la santé. En ce qui concerne la santé mentale, les issues défavorables sont de deux à deux fois et demie plus fréquentes chez les personnes les plus défavorisées socialement que chez les personnes les moins défavorisées (Kessler et al., 1994 ; Kunst et al., 1995 ; Bartley & Owen, 1996 ; Macran et al., 1996 ; Stansfeld et al., 1998). Les facteurs de stress liés à l'environnement, entre autres le nombre d'expériences et d'événements vécus négatifs ainsi que de difficultés chroniques, sont extrêmement significatifs pour expliquer la prédominance des classes sociales les moins favorisées dans les troubles psychiatriques non psychotiques tels que la dépression et l'anxiété. Il existe une corrélation entre, d'une part, une faible maîtrise des processus de décision et des déterminants structurels de la santé, et un faible accès à des réseaux de soutien sociaux et, d'autre part, de hauts niveaux de morbidité et de mortalité (Kessler et al., 1994 ; Turner & Marino, 1994 ; Brown, 1998).

Si l'on dispose d'un grand nombre de données confirmant qu'il existe une étroite relation entre le statut socio-économique, la position dans la hiérarchie sociale et la santé mentale, il manque cependant à la plupart des recherches une perspective du point de vue des différences entre hommes et femmes.

Les analyses du gradient social dans le domaine de la santé ont surtout porté sur les indicateurs matériels des inégalités et du handicap social.

Cependant, le gradient social dans le domaine de la santé physique et mentale fonctionne aussi sur un plan symbolique et subjectif. La position sociale entraîne une conscience du rang social et une compréhension claire de sa place dans l'échelle sociale. L'hypothèse de l'existence d'un lien entre un sentiment de vide ou de défaite, le sentiment d'être pris au piège et celui d'humiliation, dénotant la dévalorisation et la marginalisation, est renforcée par des recherches connexes sur le rang social (Gilbert & Allan 1998). Il existe une forte corrélation entre la dépression et plusieurs facteurs interdépendants :

- Perception de soi-même comme inférieur ou impression de se trouver dans une position subalterne non désirée, et faible confiance en soi.
- Comportement de soumission ou manque d'assurance en soi.
- Sentiment de défaite par rapport à d'importants combats, désir de s'échapper mais impression d'être pris au piège.

Les traits caractéristiques de la dépression et de l'infériorité de rang social sont exactement les mêmes que les caractères considérés comme des qualités normales et souhaitables de la « féminité » et encouragés, sinon imposés, par la socialisation, la « tradition » et la discrimination pure et simple. En revanche, disposer de ressources psychosociales, de moyens d'exercer des choix, d'avoir un(e) confident(e), des activités socioculturelles et d'avoir le sentiment de maîtriser sa vie constituent pour une femme un rempart essentiel contre la dépression, quel que soit son âge (Zunzunegui et al., 1998). Le sentiment d'autonomie et de maîtrise réduit nettement les risques qu'une dépression n'apparaisse dans le contexte de ce qui pourrait sinon être considéré comme une grave perte. Brown, Harris et Hepworth (1995) ont constaté que, dans un couple, lorsque l'initiative de la séparation était prise par la femme, environ 10 % seulement de ces femmes souffraient ultérieurement de dépression. Lorsque l'initiative de la séparation était presque entièrement prise par le partenaire, environ la moitié des femmes souffraient ensuite de dépression. Il est intéressant de noter que le taux de dépression accusait une augmentation lorsqu'une infidélité était découverte mais qu'elle ne débouchait pas sur une séparation.

## Sexe et travail



Les femmes occupant un emploi rémunéré ont des salaires nettement moins élevés que leurs homologues masculins. Les inégalités relatives de revenu pénalisant les femmes et favorisant les hommes sont structurellement intégrées puisque les femmes en règle générale gagnent environ les deux tiers du salaire masculin moyen et que cette disparité persiste dans le temps. Le niveau du développement de l'égalité entre les sexes dans un pays est étroitement lié au niveau des salaires. Entre 1993 et 1995, moins de 10 % des femmes travaillaient dans des emplois mal rémunérés en Suède, pays qui obtient un classement plus élevé pour le développement de l'égalité entre les sexes que pour le développement humain. En revanche, au Japon et aux États-Unis, pays moins bien classés pour le développement de l'égalité entre les sexes que pour le développement humain, plus de 30 % des femmes occupaient des emplois mal rémunérés (PNUD, 1997).

L'affaiblissement, dans le but d'attirer des investissements étrangers, de la législation protégeant les travailleurs, et le recrutement de jeunes filles et de femmes comme « ouvrières à domicile » ou comme main d'oeuvre exploitée dans les industries du vêtement ou de la chaussure et dans les zones franches de traitement des exportations, ainsi que la surreprésentation de celles-ci parmi les travailleurs du sexe, constituent de graves dangers pour la santé mentale et physique ainsi que des violations des droits de la femme en tant que personne.

Le lieu de travail en lui-même est un autre espace où le rang constitue un facteur prédictif de dépression et qui est lié au sexe du travailleur. Ce sont les caractéristiques du travail, en particulier la liberté d'appréciation des compétences et le pouvoir décisionnaire, étroitement liées au niveau d'emploi, qui permettent le mieux d'expliquer les différences entre les niveaux de bien-être et la dépression. On trouve les niveaux de bien-être les plus élevés et le moins de dépressions parmi les catégories professionnelles les plus élevées. L'inverse est vrai pour les catégories professionnelles du bas de l'échelle parmi lesquelles on trouve une plus forte prévalence d'événements

vécus négatifs, de facteurs de stress chroniques et moins de soutien social. Les femmes sont davantage susceptibles d'occuper des emplois subalternes dotés de peu de pouvoir décisionnaire (Stansfeld, Head et Marmot, 1998).

Les recherches sur les corrélats subjectifs des événements liés au statut subalterne ou à un rang inférieur complètent les travaux antérieurs montrant la relation entre diverses mesures objectives du rang et la probabilité accrue de mauvaise santé, dépression et anxiété. Les variables liées au rang se présentent en grappes, rarement de manière isolée, et associent des facteurs déterminants matériels et structurels, le rang et des indicateurs symboliques de position sociale et de rôles sexués. Le mélange résultant est fortement prédictif des troubles mentaux courants. On y trouve entre autres un bas niveau d'instruction, le chômage, un emploi subalterne et un bas salaire, un emploi précaire, « occasionnel », la situation de parent isolé, l'absence de domicile fixe, la précarité du logement et un revenu insuffisant, un faible soutien social et un capital social réduit (Belle, 1990 ; Macran, Clarke et Joshi ; 1996, Brown et al., 1996 ; Kawachi et al., 1999).

## Rôles sexués



La socialisation de l'enfant selon son sexe (l'acquisition d'une identité de genre), qui chez les petites filles met l'accent sur la passivité, la soumission et le rang subalterne, n'est pas seulement renforcée chez les femmes par leur position structurelle sur le marché de l'emploi – statut subalterne, davantage d'emplois « occasionnels », à temps partiel et précaires, et rémunérations inférieures – mais aussi, au sein du foyer, par leur bien plus large contribution aux travaux ménagers et de soins et d'entretien non rémunérés. Les femmes en âge de procréer portent parfois le triple fardeau des tâches de production, de reproduction et de dispensatrice de soins. Il n'est pas surprenant que les différences homme-femme en ce qui concerne les taux de dépression soient fortement liées à l'âge. On trouve la plus grande différence entre les sexes à l'âge adulte, il n'y a pas de différence au cours de l'enfance et peu de différences chez les personnes âgées (Vazquez-Barquero et al., 1992 ; Beekman et al., 1995 ; Zunzunegui et al., 1998).

Les différences entre les sexes dans le domaine de la santé mentale ne peuvent être expliquées uniquement en se fondant sur l'analyse de rôles pour examiner la santé mentale des femmes et sur l'analyse structurelle pour examiner la santé mentale des hommes. Cependant, dans l'étude multinationale de l'OMS sur les problèmes psychologiques dans les soins de santé primaires, l'harmonisation des variables du rôle social telles que la situation de famille, les enfants et la situation relative à l'emploi des hommes et des femmes ayant participé à l'enquête, a entraîné une réduction de 50 % de l'excédent de dépressions féminines pour tous les centres de l'étude (Maier, Gansicke, Gater et al., 1999).

Pour comprendre pleinement la différence entre les sexes dans le domaine de la santé mentale, il faut intégrer une analyse du rôle sexué et une analyse structurelle des facteurs déterminant la santé parce que le rôle sexué est transversal aux déterminants structurels critiques de la santé, entre autres la position sociale, le revenu, l'éducation, la situation relative à l'emploi et le régime d'assurance-maladie. Les rôles féminins ne sont pas uniformément répartis d'un bout à l'autre de l'échelle des revenus. Une étude française a constaté que les femmes au foyer et les mères célibataires étaient plus nombreuses au bas et au milieu de l'échelle des revenus et les femmes actives sans enfant, mariées ou non, plus nombreuses en haut de l'échelle (Khlal, Sermet et Le Pape, 2000). En outre, la mesure des revenus d'une femme est problématique. Dans de nombreuses enquêtes à grande échelle, il manque un nombre important de données relatives aux revenus des femmes (Macran et al., 1996). Leur remplacement par le « revenu de la famille » ou le « total des revenus du foyer » comme mesure indirecte du statut socio-économique pose des problèmes spécifiques. Cette mesure indirecte peut n'avoir que peu de rapport avec la manière dont les revenus sont répartis au sein du foyer, en particulier là où les femmes sont victimes d'actes de violence et subissent de fortes restrictions coercitives portant sur tous les aspects de leur vie, et notamment sur leurs dépenses. Pour évaluer avec exactitude le revenu des femmes, il faut obtenir des informations sur leur niveau d'accès aux revenus du foyer et sur le niveau de maîtrise de ces revenus. L'hypothèse selon laquelle les femmes bénéficient

d'un accès et d'une répartition équitables des « revenus de la famille » ne repose sur aucune justification mais continue à avoir largement cours (OMS & ICPE, 2000).

Selon de nombreuses études, les mères économiquement faibles, en particulier les mères célibataires, ont des niveaux de dépression nettement plus élevés que ceux de la population générale (Macran & Joshi, 1996 ; Salsberry, Nickel, Polivka et al., 1999). Comparées à la population générale, les femmes pauvres sont exposées plus fréquemment à des événements vécus plus menaçants et plus difficilement maîtrisables, tels que la maladie et le décès d'enfants et l'emprisonnement ou le décès de l'époux. Elles doivent faire face à des voisinages plus dangereux, des lieux de travail périlleux, une plus grande précarité de l'emploi, la violence et la discrimination, en particulier lorsqu'elles appartiennent à une minorité (Belle 1990, Brown 1998 ; Patel et al. 1999). D'autres épreuves liées au sexe féminin, telles le fait d'avoir subi deux avortements ou plus, ou des sévices sexuels ou d'autres formes de violence et de malheurs au cours de l'enfance ou à l'âge adulte, sont aussi très nettement à l'origine d'une moins bonne santé mentale (Bifulco et al. 1991 ; Fellitti et al., 1998). Ces facteurs, pris séparément ou collectivement, se combinent et diminuent le degré possible d'autonomie, de maîtrise et de latitude dans la prise de décision chez les femmes ne disposant que de faibles revenus.

## Politiques économiques



Les données actuelles relatives aux conséquences de la mondialisation et des restructurations indiquent que les privations socio-économiques sont en augmentation et que les inégalités de revenu sont de plus en plus fortes à l'intérieur de nombreux pays et entre de nombreux pays (PNUD, 2000). On dispose d'une quantité considérable de données factuelles qui montrent le lien entre l'accroissement des inégalités de revenu et l'augmentation des taux de troubles mentaux courants tels que la dépression, l'anxiété et les symptômes somatiques (Patel et al, 1999), l'augmentation des taux de mortalité due à l'état de santé (Lynch, Smith, Kaplan, House, 2000) et l'augmentation de la mortalité liée aux problèmes de santé mentale associés aux troubles de la toxi-

comanie et au suicide (Lorant, 2000). En Russie, parmi les facteurs prédictifs d'une nette diminution de l'espérance de vie figurent entre autres la rapidité des changements économiques, un taux élevé de rotation de la main-d'œuvre, une augmentation du niveau de criminalité, l'alcoolisme, les inégalités et la diminution de la cohésion sociale (Walberg, McKee, Shkolnikov et al, 1998).

La mondialisation et les programmes d'ajustement structurel touchent particulièrement durement les pays les plus pauvres. En outre, les hommes et les femmes n'en subissent pas les conséquences de manière identique du fait qu'ils jouent des rôles distincts et que les difficultés entraînées par les changements de politique et l'évolution des prix relatifs auxquelles ils ont à faire face sont différentes (Kirmani & Munyakho, 1996). La réduction des effectifs du secteur public et des dépenses consacrées à la protection sociale peut avoir pour conséquence de rendre les soins de santé, l'éducation et les aliments de base économiquement inaccessibles, en particulier aux pauvres, qui sont en majorité des femmes (Bandarage, 1997).

Les éléments recueillis sur les effets sexospécifiques des restructurations sur la santé mentale sont convaincants. Les données fournies par du personnel soignant intervenant au niveau primaire à Goa (Inde), Harare (Zimbabwe), Santiago (Chili) et par des communautés représentatives à Pelotas et Olinda (Brésil) montrent qu'il existe de nettes associations entre les taux élevés de dépression, anxiété et symptômes somatiques et le fait d'être une femme, le manque d'instruction et la pauvreté (Patel et al., 1999). Cette étude révèle que les inégalités dues au sexe non seulement accompagnent les inégalités économiques et la disparité croissante des revenus mais sont également aggravées par celles-ci. Cette interaction se traduit par une forte augmentation de ces mêmes troubles mentaux déjà prédominants chez les femmes.

Les politiques économiques qui entraînent une modification subite, déstabilisante et profonde du revenu, de l'emploi et des conditions de vie de grands nombres de personnes impuissantes devant elles, présentent d'énormes dangers pour la santé mentale. Les événements vécus négatifs et déstabilisateurs que l'on ne peut ni maîtriser ni éviter sont les plus fortement liés à l'apparition de symptômes dépressifs. Une augmentation du nombre de

ces événements s'accompagne d'une augmentation du nombre de femmes souffrant de dépression. L'importance du rôle joué par ces événements en ce qui concerne le volume des troubles mentaux courants est manifeste dans un grand nombre d'études consacrées, au cours des dernières années, à la santé mentale des femmes dans une série de pays.

En se basant sur les recherches menées en Grande-Bretagne, Brown, Harris et Hepworth (1995) ont calculé que 85 % des femmes de la communauté (à distinguer d'un groupe de patientes) qui étaient devenues des « cas » de dépression au cours de la période de deux ans sur laquelle a porté l'étude, avaient vécu un événement grave dans les six mois précédant l'apparition de la maladie. La dépression était particulièrement susceptible de se produire lorsqu'un événement grave (ou plusieurs événements) s'accompagnait de facteurs de vulnérabilité, plus spécialement ceux qui sont associés au peu d'estime de soi et à un soutien insuffisant. La présence simultanée d'un événement grave et d'une difficulté importante plus ancienne et persistante jouait également un rôle critique dans l'apparition de la dépression (Brown et al., 1990 ; Brown, 1998).

Parmi les événements négatifs graves et déstabilisants on pouvait trouver la perte ou le danger, mais d'autres facteurs étaient plus importants dans le déclenchement de la dépression. On trouvait en tout premier lieu l'expérience de l'humiliation, de la défaite et le sens d'être pris au piège, souvent en rapport avec une relation centrale. Près des trois-quarts des événements graves qui s'étaient produits dans les six mois qui avaient précédé l'apparition de la dépression concernaient le fait d'avoir été pris au piège ou humilié alors qu'à peine un peu plus d'un cinquième concernaient la perte seule et 5 % le danger seul (Brown et al., 1995). Les études menées au Zimbabwe à deux périodes différentes permettent de mieux comprendre le poids de la relation entre la nature et la fréquence de ces événements graves et les taux de dépression qui y sont associés. Dans la première étude, l'incidence annuelle de la dépression était de 18 %, soit le double du pourcentage relevé au centre de Londres (Abas & Broadhead, 1997). Ce taux s'élevait à 30,8 % dans la seconde étude (Broadhead & Abas, 1998). L'excédent de nouveaux cas dans la seconde étude était principalement dû à l'augmen-

tation du nombre d'événements et de difficultés graves et déstabilisants qui s'étaient produits au cours de la période intermédiaire. Les événements graves étaient la manifestation « des niveaux élevés de maladie et de mort prématurée parmi les membres de la famille, des situations difficiles associées aux migrations saisonnières entre les foyers ruraux et urbains, de problèmes liés à la stérilité et au grand nombre de crises relationnelles conjugales ou autres » (Broadhead & Abas, 1998: 37).

Des études de population portant sur les femmes au Zimbabwe, à Londres, à Bilbao, dans les îles des Outer Hebrides, dans l'Espagne rurale et au Pays Basque espagnol rural ont montré que le pourcentage de femmes remplissant les critères de dépression variait entre 2,4 %, le chiffre le plus bas, au Pays Basque, et 30 %, le chiffre le plus élevé au Zimbabwe. On a observé que, dans les six sites étudiés, la dépression était déclenchée par des événements vécus négatifs, déstabilisateurs et irréguliers. L'ensemble des données recueillies indique qu'il existe une forte relation linéaire entre le nombre et la gravité des événements et la prévalence de la dépression (Brown, 1998).

### Impact des actes de violence liés au sexe sur la santé mentale



Lorsque les femmes manquent d'autonomie, de pouvoir décisionnaire et d'accès à un revenu, de nombreux autres aspects de leur vie et de leur santé leur échappent nécessairement. En particulier, les niveaux, différenciés selon le sexe, de vulnérabilité et d'exposition au risque de violence imposent de strictes limites à la capacité des femmes à maîtriser les facteurs déterminants pour leur santé mentale. Les recherches en sociologie indiquent que la dépression chez la femme est déclenchée par des situations caractérisées par l'humiliation et le fait d'avoir été prise à un piège, et que ceci se produit en rapport avec des « événements atypiques » (Brown, Harris et Hepworth, 1995). Les données relatives à la nature chronique d'une grande partie des actes de violence liés au sexe et le lien direct entre ceux-ci et l'augmentation des taux de dépression remettent en cause ce point de vue.

La prévalence de la violence à l'encontre des femmes a atteint un niveau alarmant (OMS, 1998).

Les femmes, par comparaison avec les hommes, courent un risque beaucoup plus grand de se faire agresser par un intime (Kessler, Sonnega, Bromet et al., 1995). La violence au foyer a tendance à se répéter et à s'aggraver avec le temps (AMA 1992). Elle présente l'ensemble des trois caractéristiques recensées par la recherche en sociologie sur la dépression féminine : humiliation, imposition d'un rang subalterne et subordination, impossibilité de fuir ou d'échapper au piège.

La violence – physique, sexuelle et psychologique – est liée à des taux élevés de dépression et à des psychopathologies comorbides, entre autres les troubles liés au stress post-traumatique, les troubles dissociatifs, les phobies, la toxicomanie et la tendance au suicide (Roberts et al 1998). Les troubles psychologiques s'accompagnent en outre d'une multiso-matisation, d'un changement des comportements dans le domaine de la santé, d'une modification des modes d'utilisation des soins de santé et de l'apparition de problèmes de santé touchant diverses parties du corps (Resnick et al., 1997 ; Roberts et al. 1998 ; Felitti et al., 1998). Le fait d'être soumis à des mesures coercitives entraîne une baisse de l'estime de soi et des capacités à faire face.

Pour une femme, être victime d'actes de violence augmente les risques de chômage, de diminution du revenu et de divorce (Byrne et al, 1999). C'est pourquoi les actes de violence liés au sexe constituent l'une des causes particulièrement importante de mauvaise santé mentale : en effet, ils affaiblissent encore la position sociale de la femme en agissant sur les déterminants structurels de la santé tout en augmentant sa vulnérabilité à la dépression et aux autres troubles psychologiques.

L'incidence élevée d'actes de violence sexuelle envers les jeunes filles et les femmes a amené les chercheurs à avancer que les femmes victimes d'actes de violence constituent à elles seules le groupe le plus important de personnes souffrant de troubles liés au stress post-traumatique (Calhoun & Resick, 1993). Selon une enquête nationale sur le viol menée aux États-Unis, 31 % des victimes de viol souffraient de troubles liés au stress post-traumatique à un moment de leur vie, contre 5 % seulement de femmes non victimes de viol (Kilpatrick, Edmunds & Seymour, 1992). Par ailleurs, les troubles liés au stress post-traumatique

persistent plus longtemps chez la femme que chez l'homme (Breslau et al, 1998).

Les effets du commerce sexuel sur la santé mentale des millions de femmes prises dans cet engrenage n'ont pas été évalués. Le traumatisme causé par la répétition des mauvais traitements et le déni des droits de la personne est profond et persistant. Les incidences sur la santé mentale incluront probablement tous les effets antérieurement relevés dans les recherches sur les actes de violence à l'encontre des femmes et seront comparables à ceux subis par les victimes de la torture. Le rôle causal probable de la violence dans la dépression, l'anxiété et d'autres troubles tels que les troubles liés au stress post-traumatique semble être indiqué par :

- Dans des échantillons importants provenant d'une même communauté, des taux de dépression et d'anxiété trois ou quatre fois plus élevés chez les personnes exposées à la violence que chez les personnes non exposées (Mullen et al. 1998 ; Saunders et al. 1993).
- La gravité et la durée des actes de violence constituent un facteur prédictif de la gravité et du nombre des conséquences psychologiques défavorables, même lorsque d'autres facteurs potentiellement significatifs ont été statistiquement neutralisés dans l'analyse des données. Ceci a été constaté dans les études portant sur l'impact sur la santé mentale des actes de violence familiale (Campbell & Lewandowski, 1997 ; Roberts et al. 1998) et des sévices sexuels au cours de l'enfance (Mullen et al., 1993).
- La nette diminution du niveau de dépression et d'anxiété chez les femmes une fois que celles-ci ne sont plus soumises à des actes de violence et qu'elles se sentent en sécurité (Mullen et al., 1993), par rapport à l'augmentation des dépressions et de l'anxiété lorsque les actes de violence se poursuivent (Sutherland et al., 1998).

Les données présentées ici indiquent que les chiffres excédentaires en ce qui concerne la dépression et d'autres troubles chez les femmes traduisent le fait que celles-ci sont davantage exposées à un ensemble de facteurs de stress et de risques pour leur santé mentale, et non qu'elles possèdent une plus grande vulnérabilité biologique à des troubles psychologiques.

## Implications pour les politiques et les programmes



Pour réduire les disparités entre les hommes et les femmes dans le domaine de la santé mentale, il est indispensable de ne pas considérer la maladie mentale uniquement comme une maladie cérébrale. On ne peut nier l'existence de la souffrance et de troubles exigeant un traitement bienveillant et élaboré sur des bases scientifiques, ni la nécessité d'éradiquer le caractère honteux attribué à toutes les formes de maladies mentales. Cependant, les cliniciens, les chercheurs et les responsables politiques doivent aussi contextualiser sur le plan social les troubles mentaux dont souffrent les individus et les facteurs de risque associés à ces troubles.

De nombreux faits concourent à indiquer que la mondialisation et les restructurations à grande échelle ont fait croître les inégalités de revenu et augmenté le nombre d'événements vécus négatifs et de difficultés, entraînant des conséquences particulièrement graves pour les femmes. En outre, cette aggravation des disparités de revenu liée au sexe est associée à un accroissement des taux de troubles mentaux courants chez les femmes dans un grand nombre de pays (Patel et al, 1999 ; Broadhead et Abas, 1998).

Les gouvernements doivent surveiller l'évolution des effets sur la santé mentale de leurs réformes économiques et prendre des dispositions urgentes pour que les fruits de la mondialisation soient plus équitablement répartis entre les hommes et les femmes. Des mesures énergiques doivent être prises pour protéger le capital social qui, lui aussi, est étroitement lié à la manière dont les personnes évaluent leur santé (Kawachi et al, 1999). Si les inégalités de revenu entre les hommes et les femmes ne sont pas réduites, le nombre de jeunes filles et de femmes contraintes pour gagner leur vie d'avoir recours à des activités dangereuses pour la santé et/ou illégales, telles que le travail dans l'industrie du sexe, continuera à augmenter dans des proportions inquiétantes.

Les budgets consacrés à la santé mentale s'épuiseront rapidement si les crédits sont essentiellement consacrés aux soins et traitements curatifs. Un traitement médical qui se limite au soulagement des symptômes présentés par le patient constitue au

mieux une réponse partielle. Il ne s'attaque pas aux actuels niveaux élevés d'exposition à des risques pour la santé mentale et ne réduit pas les niveaux de vulnérabilité liés au fait d'être une femme. En d'autres termes, s'il est certainement nécessaire d'améliorer le diagnostic et le traitement des troubles mentaux, ceci est manifestement insuffisant pour en réduire l'incidence.

Actuellement, dans le cadre des soins de santé primaires, les taux de détection, de traitement et d'orientation appropriés des patients souffrant de troubles psychologiques sont trop bas pour être d'un niveau acceptable. Les taux élevés de dépression chez les femmes et de dépendance à l'alcool chez les hommes indiquent clairement qu'il existe un fort besoin non satisfait d'amélioration de l'accès, au niveau local, à des services de consultation peu onéreux ou de préférence gratuits, tenant compte de sexospécificités. Des psychologues et des travailleurs sociaux intervenant dans des services de soins implantés dans la communauté et sensibles aux problèmes psychosociaux des patients, conviennent bien pour fournir des services de soins de santé mentale économiquement efficaces.

Tous les personnels des services de soins de santé doivent être mieux formés afin d'être en mesure de reconnaître et de traiter non seulement des troubles pris isolément tels que la dépression et la dépendance à l'alcool, mais aussi leur occurrence simultanée. Les cliniciens doivent être mieux équipés pour évaluer les facteurs de risque sexospécifiques structurellement déterminés et en tenir compte, et doivent améliorer leurs compétences à défendre la cause de la santé de leurs malades, qui en ont grand besoin, auprès d'autres secteurs du système de santé et d'aide sociale. En l'absence de telles compétences, les taux de comorbidité des malades augmenteront encore. Les compétences dans le domaine de la prise en charge psychologique centrée sur le traumatisme sont une priorité pour les cliniciens dans tous les secteurs de santé où l'on rencontre des femmes (Acierno, Resnick et Kilpatrick, 1997).

La surreprésentation des femmes parmi les patients souffrant de comorbidité psychiatrique (Kessler et al., 1994), laquelle s'accompagne de l'augmentation de la charge d'incapacité associée à la comorbidité, révèle le besoin de définir clairement les facteurs de risques sexospécifiques de la comorbi-

dité. En particulier, les liens complexes entre la dépression chez les femmes, la multisomatisation et la comorbidité psychiatrique dans le contexte d'antécédents de victimisation violente doivent être précisés.

Le financement des soins de santé mentale doit, lui aussi, tenir compte du problème de la comorbidité psychiatrique. Il faut que le temps de consultation que les cliniciens accordent à leurs malades soit suffisant pour permettre un diagnostic précis. La nécessité de tenir compte du temps et du coût pour respecter le « débit » peut sembler rentable et efficace à court terme, mais cette approche ne permet pas de fournir aux malades souffrant de problèmes de santé mentale une aide convenable, sensible aux différences entre les sexes. Une personne qui a recours à plusieurs reprises au système de soins de santé mentale parce que sa maladie n'a pas été diagnostiquée et traitée correctement coûte bien plus cher à long terme.

Il faut promouvoir l'idée « d'aide efficace » dans les soins de santé mentale. Une aide efficace signifie une approche centrée sur le patient. Les disparités entre hommes et femmes dans le domaine de la santé mentale ne diminueront pas tant que les propres préoccupations des femmes en matière de santé mentale et de priorités dans la vie ne seront pas prises en compte dans la conception et la mise en œuvre des programmes (Avotri & Walters, 1999). Les maladies actuellement sous diagnostiquées et mal soignées, en particulier l'association de la dépression, d'un mauvais état de santé lié à la violence et d'importants problèmes psychosociaux, nécessitent de manière urgente qu'une aide efficace leur soit apportée.

Il est indispensable de supprimer les obstacles aux soins de santé mentale liés au sexe du patient, en particulier le coût et l'accès, les préjugés et la discrimination. La collaboration intersectorielle entre ministères et l'élaboration de politiques tenant compte des sexospécificités dans les domaines de l'éducation, du logement, du transport et de l'emploi s'imposent si l'on veut faciliter la mise en synergie positive des multiples déterminants structurels de la santé mentale et préserver le capital social et les réseaux de soutien social (Kawachi et al., 1999). Seul un régime d'assurance-maladie universel et gratuit permet de garantir que les soins de santé mentale seront accessibles aux plus défa-

vorisés sur le plan socio-économique (Lipman, Offord et Boyle, 1997).

Un grand nombre de données montrent la nécessité d'une politique de santé publique pour améliorer la prévention primaire et s'attaquer aux facteurs de risque sexospécifiques de la dépression et des troubles de l'anxiété. Des filets de protection sociale et une garantie de revenu sont particulièrement importants pour les femmes et leur santé mentale. Une politique de santé publique élargit automatiquement la notion de traitement efficace. La manière la plus évidente de faire diminuer les problèmes de santé mentale liés à la violence consiste à diminuer l'exposition des femmes aux actes de violence. On observe chez les femmes qui ont été battues mais qui ne le sont plus une réduction importante du niveau des symptômes dépressifs, ce qui n'est pas le cas chez les femmes qui continuent à subir des actes de violence (Campbell et al, 1993). Donner accès à des foyers ou à d'autres formes d'hébergement sûr constitue donc un puissant « traitement » des problèmes de santé mentale.

Il faut recueillir des données de meilleure qualité à partir d'une méthode fondée sur la durée de la vie et tenant compte des différences homme-femme et des déterminants sociaux. Les recherches transversales ont mis à jour d'importants facteurs dans le déclenchement de la dépression, mais il faut mener bien davantage de recherches longitudinales pour comprendre de quelle manière les changements de situation sociale et de vie au foyer interviennent dans le cours de la dépression et dans sa chronicité (Bracke, 2000). Si l'on ne mesure pas avec exactitude la persistance de l'adversité et qu'on ne la distingue pas de la persistance des symptômes dépressifs, on ne peut établir son rôle dans la chronicité des symptômes dépressifs.

La priorité pour les programmes d'intervention et de promotion en faveur de la santé mentale est d'intégrer dans tous les programmes liés à la santé de l'enfant une composante mettant l'accent sur la santé mentale. Il existe une forte relation progressive entre, d'une part, le niveau d'exposition à des événements malheureux au cours de l'enfance et, d'autre part, toutes les principales causes de morbidité et de mortalité à l'âge adulte ainsi que les facteurs de risque comportementaux qui leur sont associés (Felitti et al, 1999). Les sévices sexuels

subis au cours de l'enfance, en particulier, constituent des facteurs prédictifs de multiples problèmes de santé, entre autres des taux élevés de morbidité psychiatrique ainsi que l'absence de domicile fixe, la prostitution, la toxicomanie et les tendances suicidaires. Il faut repérer le plus tôt possible et protéger ceux qui sont exposés à ces événements malheureux au cours de l'enfance et, idéalement, éliminer ces événements afin d'éviter une revictimisation et d'enrayer la progression et l'aggravation des effets négatifs pour la santé mentale, physique, sexuelle et sociale. En conséquence, l'objectif de prévention de l'abandon des enfants et de leur exposition à toutes formes de traumatisme et d'adversité doit guider la conception et la mise en œuvre de services de santé maternelle et infantile, de services d'aide aux familles confrontées à la violence et de services d'aide sociale et de sécurité sociale.

Simultanément, il faut concevoir une éducation pour la santé fondée sur la « tolérance zéro » et des campagnes de sensibilisation destinées à faire diminuer la violence à l'encontre des femmes et des enfants en s'appuyant sur des modèles culturels appropriés afin de lutter contre les croyances et les attitudes traditionnelles qui excusent et perpétuent la violence.

## Conclusion



S'attaquer aux disparités entre les hommes et les femmes dans le domaine de la santé mentale exige une action à plusieurs niveaux. Il faut en particulier élaborer des politiques nationales de la santé mentale fondées sur une analyse explicite des disparités entre les sexes sur le plan du risque et des conséquences.

Des stratégies efficaces permettant de réduire le facteur risque pour ce qui concerne la santé mentale ne peuvent pas être neutres par rapport au sexe alors que les risques sont sexospécifiques et que la condition et les perspectives de vie des femmes demeurent « une véritable tragédie » partout dans le monde (OMS, 1998). Un statut inférieur constitue un risque élevé pour la santé mentale. Un trop grand nombre de femmes sont systématiquement privées du sens de leur valeur personnelle, de compétences, d'autonomie, d'un revenu convenable et d'un sentiment de protection et de

sécurité physique, sexuelle et psychologique tout à fait essentiels à une bonne santé mentale. La violation généralisée des droits de la femme, entre autres de ses droits en matière de procréation, contribue de manière directe à accroître la charge d'incapacité causée par une mauvaise santé mentale.

En conséquence, un cadre doit être adopté en matière de droits afin d'améliorer les dimensions éthiques et interprétatives de la recherche, des politiques et de la pratique des soins de santé mentale. La recherche dans le domaine de la santé mentale vient à peine d'entamer l'étude des répercussions des violations des droits de la personne et du malade sur la santé mentale. Parmi celles-ci figurent notamment les effets psychologiques pour le malade de ne pas avoir obtenu les informations nécessaires lui permettant de donner un consentement en connaissance de cause, le non respect de son intimité et de sa dignité et le recours à des traitements qui modifient parfois efficacement l'humeur mais ne tiennent pas compte de l'exposition persistante à des situations qui violent manifestement le droit à la santé mentale, tel que le droit d'être en sécurité et ne pas vivre dans la peur. Ces lacunes doivent être corrigées.

## Références

- Abas MA, and JC Broadhead. (1997) Depression and anxiety among women in an urban setting in Zimbabwe. *Psychological Medicine*, 27 : 59-71.
- Acierno R, Resnick HS and DG Kilpatrick. (1997) Health impact of interpersonal violence. 1 : Prevalence rates, case identification, and risk factors for sexual assault, physical assault, and domestic violence in men and women. *Behavioural Medicine*, 23: 53-64.
- Alegria M, Bijl RV, Lin E, Walters EE, Kessler RC. (2000) Income differences in persons seeking outpatient treatment for mental disorders: a comparison of the United States with Ontario and the Netherlands. *Archives of General Psychiatry*, 57 : 383-391.
- Allen LM et al. (1998) Gender differences in factor structure of the Self Administered Alcoholism Screening Test. *Journal of Clinical Psychology*. 54 : 439-445.
- American Medical Association on Scientific Affairs (1992). Violence against women: relevance for medical practitioners. *Journal of the American Medical Association*, 267 : 3184-3189.
- Avotri JY and V Walters. (1999) "You just look at our work and see if you have any freedom on earth": Ghanaian women's accounts of their work and health. *Social Science & Medicine*, 48 : 1123-1133.
- Bandarage A. (1997) *Women, population and global crisis*. London : Zed Books.
- Beil E. (1992) Miscarriage : The influence of selected variables on impact. *Women and Therapy*, 12 : 161-173.
- Belle D. (1990) Poverty and women's mental health. *American Psychologist*, 45 : 385-389.
- Bifulco A, Brown GW and Adler Z. (1991) Early sexual abuse and clinical depression in adult life. *British Journal of Psychiatry*, 159 : 115-122.
- Bracke P. (2000) The three year persistence of depressive symptoms in men and women. *Social Science & Medicine*, 51 : 51-64.

- Breslau N, Kessler RC, Chilcoat et al. (1998) Trauma and posttraumatic stress disorder in the community : The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626-632.
- Broadhead JC & Abas MA. (1998) Life events, difficulties and depression among women in an urban setting in Zimbabwe. *Psychological Medicine*, 28, 29-38.
- Brown GW, Harris TO and Hepworth C. (1995) Loss and depression : a patient and non-patient comparison. *Psychological Medicine*, 25 : 7-21.
- Brown GW et al. (1996) Social factors and comorbidity of depressive and anxiety disorders. *British Journal of Psychiatry*, 168 (Supplement 30), 50-57.
- Brown GW. (1998) Genetic and population perspectives on life events and depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33 : 363-372.
- Brunette M and Drake RE. (1998) Gender differences in homeless persons with schizophrenia and substance abuse. *Community Mental Health Journal*, 34 : 627-642.
- Byrne CA, Resnick HS, Kilpatrick DG, Best CL and Saunders BE. (1999) The socioeconomic impact of interpersonal violence on women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 : 362-366.
- Callahan EJ et al. (1997) Depression in primary care : patient factors that influence recognition. *Family Medicine*, 29 : 172-176.
- Campbell J., Kub J.E., & Rose L. (1996) Depression in battered women. *Journal of American Women's Association*, 51, 106-110.
- Campbell J and Lewandowski L. (1997) Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children. *Psychiatric Clinics of North America*. 20 :353-374.
- Condon JT. (1993) The assessment of antenatal emotional attachment : development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66 : 167-183.
- Dennerstein L, Dudley E and Burger H. (1997) Well-being and the menopausal transition. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 18 : 95-101.
- Dewa CS & Lin E. (2000) Chronic physical illness, psychiatric disorder and disability in the workplace. *Social Science and Medicine*, 51 : 41-50.
- Dohrenwend BP. (1990) Socioeconomic status and psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25 : 41-47.
- Felitti VJ, Anda RF, Nordenburg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, and Marks JS. (1998) Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14 : 245-258.
- Gater R, Tnasella M, Korten A, Tiemens BG, Mavreas VG and Olatawura MO. (1998) Sex differences in the prevalence and detection of depressive and anxiety disorders in general health care settings. *Archives of General Psychiatry*. 55 : 405-413.
- Gilbert P and Allan S. (1998) The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression : an exploration of an evolutionary view. *Psychological Medicine*. 28 : 585-598.
- Gleason WJ. (1993) Mental disorders in battered women : An empirical study. *Violence and Victims*, 8, 53-68.
- Helzer JE. (1986) The increased risk for specific psychiatric disorders among persons of low socioeconomic status : evidence from the epidemiologic catchment area surveys. *American Journal of Social Psychiatry*, 4:59-71.
- Hendrick V, Altshuler LL, Gitlin MJ et al. (2000) Gender and bipolar illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 : 393-396.
- Hintikka J, Saarinen P, Tanskanen A, Koivumaa-Honkanen H and Viinamaki H. (1999) Gender differences in living skills and global assessment of functioning among outpatients with schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33 : 226-231.

- Kaplan HI, Sadock BJ. (1991) *Synopsis of Psychiatry, Behavioural Sciences, Clinical Psychiatry*, sixth edition. Baltimore, Maryland : Williams & Wilkins.
- Kawachi I, Kennedy BP and Glass R. (1999) Social capital and self-rated health : a contextual analysis. *American Journal of Public Health*, 89, 1187-1193.
- Kessler RC, McGonagle KA and Zhao S et al. (1994) Lifetime and 12 month prevalence of DSM-111-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*. 51 : 8-19.
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E et al. (1995) Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 52 : 1048-1060.
- Kessler RC, Stang PE, Wittchen HU et al. (1998) Lifetime panic depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 55 :801-808.
- Khlat M, Sermet C, LePape A. (2000) Women's health in relation with their family and work roles : France in the early 1990's. *Social Science and Medicine*, 50 : 1807-1825.
- Kirman MN and Munyakho D. (1996) The impact of structural adjustment programs on women and AIDS. In *Women's experience with HIV/AIDS: An International Perspective*. eds. L. D. Long and E. M. Ankrah. New York : Columbia University Press.
- Koss MP (1994). The negative impact of crime victimization on women's health and medical use. In A. Dan (Ed) *Reframing women's health* (pp 189-199) Thousand Oaks, California : Sage.
- Kuehner C. (1999) Gender differences in the short term course of unipolar depression in a follow up sample of depressed inpatients. *Journal of Affective Disorders*. 56 : 127-139.
- Lecrubier Y & Üstün TB. (1998) Panic and depression : a worldwide primary care perspective. *International Clinical Psychopharmacology*, 4 (3) : S7-11.
- Leibenluft E. (1997) Women with bipolar illness : clinical and research issues. *American Journal of Psychiatry*, 153 : 163-173.
- Lindamer LA et al. (1999) Gender-related clinical differences in older patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*. 60 : 61-67.
- Lipman EL, Offord DR, Boyle MH. (1997) Single mothers in Ontario : sociodemographic, physical and mental health characteristics. *Canadian Medical Association Journal*, 156 :639-645.
- Linzer M, Spitzer R, Kroenke K, Williams JB, Hahn S, Brody D and deGruy F. (1996) Gender, quality of life and mental disorders in primary care : results from the PRIME-MD 1000 study. *American Journal of Medicine.*, 101 : 526-533.
- Lorant V. (2000) Inégalités socio-économiques de la mortalité dans les communes belges. *Revue Epidemiologie Santé Publique*, 48 :239-247.
- Lynch JW, Smith DS, Kaplan GA, House JS. (2000) Income inequality and mortality : importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *British Medical Journal*, 320 : 1200-1204.
- Macintyre S. (1997) The Black Report and beyond : what are the issues? *Social Science and Medicine*, 44, 723-745.
- Macran S, Clarke L and Joshi H. (1996) Women's health : dimensions and differentials. *Social Science and Medicine*. 42(9): 1203-1216.
- Maier W, Gansicke M, Gater R, Rezaki M, Tiemens B, Urzua RF. (1999) Gender differences in the prevalence of depression : a survey in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 53 : 241-252.
- McAlpine DD, Mechanic D. (2000) Utilization of speciality mental health care among persons with severe mental illness : the roles of demographics, need, insurance and risk. *Health Services Research*, 35 : 277-292.
- Mowbray C, Oyserman D, Ross S, Zemenuck J. (1995) Motherhood for women with a serious mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65 :21-38
- Mullen et al. (1993) Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *British Journal of Psychiatry*, 163 : 721-732.

- Mullen PE, Romans-Clarkson SE, Walton VA et al. (1988) Impact of sexual and physical abuse on women's mental health. *Lancet*, 16, 841-845.
- Murray JL and Lopez AD. (1996) The global burden of disease : A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Summary. Boston : Harvard School of Public Health, *World Health Organization*.
- Ormel J, Vonkorff AJ, Oldehinkel GS, Tiemens BG, Üstün TB. (1999) Onset of disability in depressed and non depressed primary care patients. *Psychological Medicine*, 29 : 847-853.
- O'Malley AS, Forrest CB, O'Malley PG. (2000) Low income women's priorities for primary care : a qualitative study. *Journal of Family Practice*, 49 : 141-146
- Patel V, Araya R, de Lima M, Ludermir A and Todd C. (1999) Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Social Science & Medicine*, 49 : 1461-1471.
- Piccinelli M and Homen FG. (1997) Gender differences in the epidemiology of affective disorders and schizophrenia. Geneva : *World Health Organization*.
- Resnick H S, Acierno R and Kilpatrick DG. (1997) Health impact of interpersonal violence. 2 : Medical and mental health outcomes. *Behavioural Medicine*. 23 : 65-78.
- Roberts GL, Lawrence JM, Williams GM and Raphael B. (1998) The impact of domestic violence on women's mental health. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 22 : 796-801.
- Russo NF. (1990) Overview : forging research priorities for women's health. *American Psychologist*. 45 : 368-373.
- Salsberry PJ, Nickel JT, Polivka BJ, Kuthy RA, Slack C, Shapiro N. (1999) Self reported health status of low income mothers. *Image Journal Nurs Sch*. 31 : 375-380
- Saunders DG and Hamberger K. (1993) Indicators of woman abuse based on chart review at a family practice centre. *Archives of Family Medicine*. 2 : 537-543.
- Simon GE, Goldberg D, Tiemens BG., Üstün TB. (1999) Outcomes of recognized and unrecognized depression in an international primary care study. *General Hospital Psychiatry*, 21 : 97-105.
- Simoni-Wastila L. (2000) The use of abusable prescription drugs : the role of gender. *Journal of Women's Health and Gender Based Medicine*. 9 : 289-297.
- Soliday E, McCluskey-Fawcett K and O'Brien M. (1999) Postpartum affect and depressive symptoms in mothers and fathers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69 : 30-38.
- Stansfeld SA, Head J and Marmot MG. (1998) Explaining social class differentials in depression and well-being. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 33 : 1-9.
- Stein J. (1997) *Empowerment and women's health : Theory, methods and practice*. London, New Jersey : Zed Books.
- Stoppe G, Sandholzer H and C Huppertz. (1999) Gender differences in the recognition of depression in old age. *Maturitas*, 32 : 205-212.
- Sutherland C, Bybee D, Sutherland C (1998). The long term effects of battering on women's health. *Women's Health*. 4: 41-70.
- Townsend P and Davidson N. (1982) *Inequalities in health : The Black report*. Harmondsworth : Penguin.
- UNDP. (1995), (1997), (1998), (1999), (2000). *Human Development Report*. New York : Oxford University Press.
- Vandiver VL. (1998) Quality of life, gender and schizophrenia : A cross national survey in Canada, Cuba and USA. *Community Mental Health Journal*. 34 : 501-511.
- Weissman MM, Bland R, Canino G, Greenwald S, Hwu H, Joyce P, Karam E, Lee C, Lellouch J, Lepine J, Newman S, Rubio-Stipec M, Wells J, Wickramaratne P, Wittchen H, Yeh E. (1999)

Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychological Medicine*, 29 :9-17.

Williams K and D Umberson. (2000) Women, stress and health. In *Women and Health*. eds. M. Goldman and M. Hatch. New York : Academic Press.

World Health Organization. (1997) *Violence against women : A priority issue*. Geneva : World Health Organization.

World Health Organization. (1998) *The World Health Report, 1998. Executive summary*. Geneva : World Health Organization.

World Health Organization, International Consortium of Psychiatric Epidemiology. (2000) Cross-national comparisons of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization*, 78 : 413-426.

Zunzunegui MV, Beland F, Llacer A and Leon V. (1998) Gender differences in depressive symptoms among Spanish elderly. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33: 195-205.