

Aspects épidémiologiques et cliniques des troubles mentaux chez les femmes hospitalisées dans le service de psychiatrie du CHN Yalgado de Ouagadougou

Arouna OUÉDRAOGO*, Abdoulaye TRAORÉ**,
Moussa KÉRÉ*, Soumoutié LOUGUET*

Résumé

La santé mentale des groupes spécifiques comme les femmes est un sujet d'actualité.

La présente étude rétrospective a été menée pour analyser la morbidité exprimée par les femmes auprès du service de psychiatrie du CHN Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou pendant une période de cinq ans de 1990 à 1994.

Pendant la période d'étude 23,7 % de la population hospitalière étaient des femmes âgées de 12 ans et plus. Un échantillon de 230 dossiers de ces femmes a été analysé. L'âge moyen était de $30,6 \pm 12,2$ ans. Ces femmes étaient pour la plupart des femmes au foyer (66,5 %) ayant le statut de marié (56,1 %).

La durée moyenne d'hospitalisation était de $18,8 \pm 13,7$ jours. De nombreux facteurs de stress psychosociaux précédant l'apparition des troubles ont été notés : deuil, problèmes liés au mariage, rupture sentimentale, etc.

Les catégories diagnostiques les plus souvent retrouvées ont été : les dépressions (19,1 %), les bouffées délirantes (17,8 %) et les troubles schizophréniques (16,9 %).

L'analyse de la routine de la vie de la femme en milieu burkinabè nous montre qu'elle est davantage exposée au stress que l'homme du fait entre autres, de son rôle d'épouse, de son rôle dans la procréation, et de son rôle dans l'élevage et l'éducation des enfants.

Mots-clés : Troubles mentaux, épidémiologie, clinique, femme, Burkina Faso.

Abstract

The mental health of specific groups like women is a matter of the moment.

The present retrospective survey has been conducted with the purpose of analysing the morbidity expressed by women in the psychiatry department of the National Hospital Yalgado Ouédraogo of Ouagadougou for five years including the period from 1990 to 1994.

During the period of the study, 23 % of the hospital population were composed of women who are 12 years old and more.

A sample of 230 files concerning women has been analysed. The average age was 30.6 ± 12.2 years. Most of these women were housewives (65.5 %) and married ones were about 56.1 %. The average duration of admission into the hospital was 18.8 ± 13.7 days. Numerous factors of psychosocial stress preceding the appearance of the troubles have been notified : mourning, problems related to marriage, sentimental breaking, etc.

The diagnostic types often met, were depressions, (19.1 %), acute delirium (17,8 %) and schizophrenic disorders (16.9 %).

When analyzing woman's routine life in the burkinabè environment it appears that she is more liable to stress than man because of the role of wife, her role of procreation and that of breeding and educating children.

Key words: Mental disorders, epidemiology, clinic, woman, Burkina Faso.

* Service de Psychiatrie, CHN Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso

** Département de Santé publique, FSS, Université de Ouagadougou, Burkina Faso.

Introduction

La spécificité des problèmes de santé de la femme du fait de ses rôles de mère et d'épouse est de plus en plus reconnue et justifie les mesures appropriées au niveau de la communauté internationale (COOK, 1995 ; GORWOOD et ROUILLON, 1996 ; GUEYE, 1995 ; OMS, 1993 ; STREIT et TANGUAY, 1993).

Certaines différences anatomo-physiologiques et socio-professionnelles entre l'homme et la femme ont amené certains auteurs (COOK, 1995) à souligner des maladies ou états pathologiques qui sont propres aux femmes ou à certains groupes de femmes, des maladies ou états pathologiques qui sont plus répandus chez les femmes et des maladies ou états pathologiques qui sont plus graves chez les femmes ou chez certains groupes de femmes.

Dans le domaine de la pathologie mentale, l'OMS (1993) faisait le constat suivant : « Il ressort aussi bien d'études communautaires que des études en populations traitées, que les femmes souffrent beaucoup plus fréquemment que les hommes de problèmes de santé mentale et que leur vulnérabilité dépend étroitement de leur situation conjugale, de leur activité professionnelle et des rôles qu'elles remplissent dans la société ». Abondant dans le même sens, GORWOOD et ROUILLON (1996) avaient précisé que les troubles psychiques se situaient au troisième rang de la morbidité chez la femme et au septième rang chez les hommes. Ces mêmes auteurs avaient par ailleurs avancé l'hypothèse de facteurs biologiques et psychosociaux pour rendre compte de la plus grande vulnérabilité des femmes.

Au nombre des syndromes psychiatriques spécifiquement liés aux fonctions procréatrices des femmes on peut citer (OMS, 1993) : la dépression du post-partum, le syndrome pré-menstruel, la dépression consécutive à l'hystérectomie et la mélancolie d'involution.

Outre les rôles habituels de toute femme dans la procréation, l'élevage et l'éducation des enfants et qui sont reconnus particulièrement riches en occasion de stress (OMS, 1993), au Burkina Faso, l'importance numérique des femmes (52 % de la population), renforce l'intérêt de leur problème de santé mentale. Par ailleurs, en milieu traditionnel burkinabè, les conditions socio-économiques précaires et le poids des traditions qui font de la femme un être inférieur, dépendant et soumis, semblent à notre sens constituer des facteurs de risque supplémentaires de morbidité psychiatrique.

Dans ce contexte, une meilleure connaissance épidémiologique de la pathologie mentale des femmes est digne d'intérêts. Notre étude avait pour objectif d'une part de déterminer le profil psychosocial des femmes hospitalisées au service de psychiatrie du CHN Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou et d'autre part d'analyser leur morbidité exprimée auprès du service.

Matériel et méthode

Le cadre de la présente étude est le Service de psychiatrie du Centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou au Burkina Faso. D'une capacité d'accueil actuelle de 40 lits, ce service reçoit outre les malades de la capitale, ceux référés par les autres formations sanitaires périphériques du pays.

La méthode retenue a été celle d'une étude rétrospective sur dossiers portant sur une population de patients pris en charge en hospitalisation complète dans le service.

Nous avons inclus dans la présente étude les patientes qui ont été hospitalisées de manière consécutive entre le 1^{er} janvier 1990 et le 31 décembre 1994 quelle que soit la pathologie. Durant cette période, 302 femmes âgées d'au moins 12 ans ont été admises dans ce service en hospitalisation

complète. Pour la même période, 1275 malades en tout ont été pris en charge en hospitalisation complète. Nous avons exclu de l'étude les cas de patientes dont la durée d'hospitalisation a été inférieure à 72 heures et qui de ce fait ne disposaient pas de dossier complet et les cas où le dossier médical n'a pas été retrouvé. Un total de 72 dossiers ont ainsi été exclus de notre étude.

Les données ont été recueillies à partir des registres de consultation et d'hospitalisation, des observations médicales ainsi que des résultats d'examen complémentaires disponibles. Les données recueillies concernaient les caractéristiques sociodémographiques et les données cliniques. Le diagnostic psychiatrique a été établi selon les critères de l'OMS dans la CIM-9 (OMS, 1979).

Les différentes données collectées ont été saisies et analysées sur micro-ordinateur équipé d'un logiciel de traitement statistique EPI INFO. Pour comparer les variables qualitatives nous avons utilisé le test du Chi2 ou le test exact de Fisher quand les conditions d'utilisation du Chi2 n'étaient pas réunies. Les liaisons entre les variables ont été considérées comme statistiquement significatives au seuil de probabilité de 0,05.

Résultats

Pendant la période du 1er janvier 1990 au 31 décembre 1994, 302 femmes ont été prises en charge en hospitalisation complète au niveau du service, soit 23,7 % de l'effectif total des patients. Deux cent trente dossiers analysables ont été retenus pour la présente étude. Cet effectif se répartissait ainsi qu'il suit en ce qui concerne l'année d'hospitalisation :

- 50 cas en 1990,
- 44 cas en 1991,
- 47 cas en 1992,
- 37 cas en 1993,
- et 52 cas en 1994.

Selon le mois de recrutement nous avons observé une élévation du nombre de cas en janvier (30 cas) et une diminution en décembre (10 cas).

Les âges extrêmes des malades étaient respectivement de 12 ans et 70 ans. La moyenne d'âge était de $30,6 \pm 12,2$ ans au moment de l'hospitalisation. Dans notre série, 20,9 % des patientes avaient moins de 21 ans et 4,8 % plus de 50 ans.

Les autres caractéristiques sociodémographiques sont présentées dans le tableau I.

Les femmes mariées avaient un âge compris entre 17 et 70 ans. L'âge moyen chez ces femmes mariées était de $34,1 \pm 10,8$ ans et la médiane des âges de 34 ans.

Parmi les 129 femmes mariées, les circonstances de ce mariage ont été précisées dans 124 dossiers parmi lesquels on a noté : 79 % de cas qui avaient été mariées avec leur consentement et 21 % de mariage forcé. Dans ce sous-groupe nous avons dénombré 4 cas de remariage sous la forme du lévirat.

Le type de mariage était précisé pour 125 femmes. Nous avons noté que 25,6 % de ces femmes vivaient dans un foyer polygame.

Sur le total de l'échantillon, 131 femmes (56,9 %) dont l'âge était compris entre 17 et 65 ans avaient déjà eu au moins une grossesse. Le nombre maximum de gestation a été de 11 et la moyenne des grossesses par femme de $3,8 \pm 2,6$ grossesses. L'ensemble de ces femmes totalisaient 397 enfants vivants soit $3,0 \pm 2,2$ enfants par femme et 50 enfants décédés. Dix huit cas d'avortement ont été signalés par ces femmes.

Tableau I. caractéristiques sociodémographiques des femmes.

Variable	Effectif	Pourcentage
Profession		
Femme au foyer	153	66,5
Fonctionnaire	21	9,1
Elève, étudiante	25	10,9
Sans emploi	20	8,7
Autres et non précisé	8	8,8
Situation maritale		
Célibataire	76	33,0
Mariée	129	56,1
Séparée ou divorcée	13	5,7
Veuve	11	4,8
Non précisé	1	0,4
Niveau socio-éducatif		
Non scolarisée	108	47,0
Primaire	40	17,4
Secondaire	37	16,1
Supérieur	7	3,0
Formation professionnelle	23	10,0
Non précisé	15	6,5
Résidence		
Zone rurale	77	34,2
Zone semi-urbaine	24	10,7
Zone urbaine	124	55,1

La durée de l'hospitalisation variait de 4 à 90 jours avec une moyenne de $18,8 \pm 13,7$ jours.

Des antécédents d'hospitalisation psychiatrique ont été notés dans 12,6 % des cas.

Au cours de l'hospitalisation 224 femmes disposaient d'un accompagnant permanent. Le lien de parenté entre l'accompagnant et la patiente a été précisé dans 121 dossiers. Par ordre de fréquence décroissante on a noté : l'époux dans 67 cas (55,4 %), le père dans 21 cas (9,4 %), la mère dans 17 cas (7,6 %) et le fils ou la fille dans 16 cas (7,1 %).

La puerpéralité a été retrouvée comme événement précédant l'apparition des troubles dans 31 cas (13,4 %).

Outre les problèmes en rapport avec la maternité, d'autres facteurs de stress corrélés à la survenue des troubles ont été expressément mentionnés dans certains dossiers. Les plus fréquemment rencontrés ont été :

- deuil : 24 cas dont 16 cas de décès d'enfant ;
- problèmes liés au mariage : 21 cas ;
- conflits familiaux : 20 cas ;
- rupture sentimentale : 19 cas.

La répartition des cas selon le diagnostic (tableau II) fait ressortir une prépondérance de « autres psychoses non organiques » (21,7 %), des troubles schizophréniques (16,9 %) et des troubles affectifs (13,9 %).

Parmi les 50 patientes incluses dans la catégorie diagnostique « autres psychoses non organiques », le diagnostic de bouffée délirante vient au premier rang (41 cas). Quant aux troubles affectifs, ils étaient dominés par le diagnostic de trouble dépressif majeur (29 cas). Parmi les états réactionnels aigus à une situation très éprouvante, nous avons relevé 15 cas avec troubles dominants de l'affectivité.

L'hystérie était par contre le diagnostic le plus évoqué (22 cas) au niveau de la catégorie " troubles névrotiques ".

La consommation d'alcool concernait quatorze femmes et la consommation de drogue sept femmes.

Tableau II. Distribution des 230 femmes selon le diagnostic de sortie d'hôpital.

Diagnostic CIM-9	Effectif	Pourcentage
États psychotiques aigus transitoires	6	2,6
Troubles schizophréniques	37	16,1
Psychoses affectives	32	13,9
États délirants	24	10,4
Autres psychoses non organiques	50	21,7
Troubles névrotiques	30	13,1
États réactionnels aigus à une situation très éprouvante	26	11,3
Autres diagnostics	20	8,7
Diagnostic psychiatrique non précisé	5	2,2
Total	230	100

Discussion

Bien que ne permettant pas une évaluation de la morbidité réelle, de telles études épidémiologiques fournissent néanmoins des informations intéressantes en rapport avec la santé et la maladie mentale de la femme. La faible qualité des données enregistrées dans une telle étude ne permet pas toujours de formuler des hypothèses étiopathogéniques fermes.

Nos résultats en ce qui concerne la prévalence des troubles chez les femmes ne doivent pas être interprétés comme le reflet d'une réalité objective. Nous pensons que les femmes et les hommes sont touchés de manière égale par la pathologie mentale. Mais, à l'inverse de ce qu'on observe dans les pays industrialisés où les femmes ont tendance à demander de l'aide plus que les hommes (ROUILLON et le GEP, 1992 ; PAYKEL, 1991), ici, les femmes ne peuvent pas toujours avoir l'initiative de la consultation. En effet, dans les sociétés burkinabè actuelles, la femme est en général dépendante du point de vue moral et financier de l'homme. La décision de recourir à une structure de soins traditionnelle ou moderne dépend de l'homme. Au Burkina Faso, on peut dire que les femmes, bien que numériquement plus nombreuses que les hommes, ont une accessibilité moindre aux soins. A ce propos, on reconnaît que les caractéristiques socioculturelles et sociodémographiques d'un patient influencent sa demande de soins (GORWOOD et ROUILLON, 1996).

Un des points d'intérêt de la pathologie mentale de la femme nous semble être l'analyse des déterminants possibles de cette psychopathologie. Mais le caractère descriptif de notre étude ne nous autorise qu'à formuler des hypothèses. De façon générale, ces déterminants sont certes multiples,

variés et intriqués. On reconnaît à la grossesse et à l'accouchement qui restent l'apanage de la femme, un événement à haut risque de décompensation psychiatrique (AMIEL-LEBIGRE, 1996 ; GUEYE, 1995 ; OUÉDRAOGO, 1987 ; SUTTER *et al.*, 1995). Mais dans bien des cas, les événements socioculturels significatifs sont à prendre en considération. Les multiples facteurs de stress que nous avons rapporté (deuil, problèmes liés au mariage, rupture sentimentale, etc.) semblent jouer un rôle important dans la survenue des troubles. Nous pouvons ainsi rejoindre ce que soulignaient FERRERI *et al.* (1987) : «l'existence de difficultés événementielles personnelles ou sociales précédant l'apparition de troubles psychiques ou somatiques est signalée de longue date».

La répartition des cas selon la profession, le niveau socio-économique et le lieu de résidence appellent peu de commentaire en ce sens que les chiffres sont assez superposables aux données concernant la population générale. En revanche la situation maritale suscite quelques points d'intérêts. En effet, les femmes de notre série se marient précocement et massivement. Mais l'observation quotidienne nous rappelle que la situation de mariée ou celle de célibat comporte toutes deux une charge de difficultés ; seule la nature de ces difficultés diffère. Les femmes mariées n'ont pas de revenus le plus souvent : 65,5 % sont des femmes au foyer, financièrement dépendantes de leur mari. Elles vivent parfois dans un foyer polygame (25,6 %) où les sources de frustrations notamment sexuelles sont multiples. Par rapport à la reproduction, la plupart des sociocultures locales au Burkina Faso la considèrent comme essentielle dans la vie de la femme. Ainsi, la femme n'a-t-elle de valeur qu'à travers le nombre d'enfants qu'elle fournit à la société. Mais la grossesse en milieu africain pour aussi désirée qu'elle soit, ainsi que ses avatars, sont source d'angoisse (DUPONT et OUÉDRAOGO, 1989 ; DURAND-COMIOT, 1977 ; GUEYE, 1995 ; OUÉDRAOGO, 1987) : angoisse de la perdre, angoisse d'être la victime désignée des personnes ou esprits maléfiques, angoisse par rapport à l'enfant à naître... De nombreuses études avaient du reste souligné que la pathologie psychiatrique rencontrée chez la femme en Afrique semble ressortir de façon prépondérante du groupe des psychoses puerpérales (DUPONT et OUÉDRAOGO, 1989 ; DURAND-COMIOT, 1977 ; GUEYE, 1995 ; OUÉDRAOGO, 1987).

En ce qui concerne les célibataires, l'un de leurs problèmes nous semble être les grossesses non désirées qu'elles soient précoces ou rapprochées. Or, au terme des recommandations de la Conférence internationale sur une meilleure santé pour les femmes et les enfants grâce à la planification (cité par COOK, 1995), la grossesse non désirée devrait être reconnue comme constituant un risque spécifique pour la santé des femmes et de leur famille. Selon SUTTER *et al.* (1995), le jeune âge entraînerait plus de difficulté d'adaptation à la nouvelle situation qu'est la naissance d'un enfant.

Le décès d'enfants nous semble ébranler plus l'équilibre psychologique de la femme que celui de l'homme dans notre contexte. En effet, à travers cette épreuve, la femme peut avoir le sentiment que sonne le glas de sa maternité, ce qui occasionnerait la perte de son statut social. Dans le contexte socioculturel burkinabè actuel, non seulement la maternité est indispensable à la femme pour affirmer sa féminité, mais encore le nombre d'enfants est un gage d'une réussite sociale. En conséquence de quoi, dans l'imaginaire populaire, le manque d'enfant au sein d'un couple, est non seulement un non-sens, mais également ne peut être que le fait de la femme.

Ces quelques remarques nous autorisent à formuler l'hypothèse que l'effet cumulé des multiples désavantages dont souffrent les femmes au sein de la société burkinabè actuelle affecte leur santé mentale.

Si nous avons tenu à souligner l'importance des événements sur l'équilibre psychique de la femme au Burkina Faso, il importe de ne pas non plus méconnaître la part qui revient au sujet. Selon FERRERI *et al.* (1987), la notion de réaction et de trouble réactionnel admise, il persiste en effet, une latitude appréciative pour discerner avec équité l'incidence revenant au sujet et à l'événement

qu'il faut cerner. C'est dire que la pathologie mentale ne saurait s'expliquer sous l'éclairage d'une quelconque causalité linéaire, du moins en l'état actuel des connaissances. Entrent en ligne de compte également des facteurs biologiques ainsi que des facteurs liés à la structure psychologique du sujet qui ne retiendront pas notre attention dans la présente discussion.

L'analyse des pathologies couramment rencontrées montre que le groupe des dépressions est la pathologie la plus fréquemment en cause chez ces femmes. L'ensemble des troubles dépressifs (troubles dépressifs majeurs et états réactionnels aigus avec troubles dominants de l'affectivité), constituaient 19,1 % des diagnostics ce qui place ainsi la dépression comme un des problèmes de santé mentale à résoudre chez la femme.

Les bouffées délirantes ont été également un des diagnostics le plus couramment posé chez la femme (17,8 %). La prépondérance féminine des bouffées délirantes est une notion généralement admise (OUÉDRAOGO et SAMUEL-LAJEUNESSE, 1997 ; SAMUEL-LAJEUNESSE et HEIM, 1994). Elle apparaît comme l'un des modes de réaction privilégiée à la détresse de la femme à l'occasion d'un événement (OUÉDRAOGO et SAMUEL-LAJEUNESSE, 1997). DUPON et OUÉDRAOGO (1989) soulignaient par ailleurs que ces bouffées délirantes, notamment celles apparues à l'occasion de la puerpéralité, revêtaient plutôt des aspects hystériques.

Enfin, parmi les psychoses chroniques, le groupe des troubles schizophréniques n'est pas négligeable dans l'ensemble de la pathologie mentale des femmes (13,4 %). Des études comparatives sont nécessaires pour appréhender l'influence du sexe dans la survenue de cette pathologie dans le contexte burkinabè.

Conclusion

Les affections psychiatriques touchent certes les femmes et les hommes. Tout en prenant en compte les éventuels facteurs d'ordre biologique et les facteurs de vulnérabilité psychique individuelle dans la genèse d'une mauvaise santé mentale des femmes au Burkina Faso, nous pensons que les multiples facteurs socioculturels ont une part de responsabilité. Dans ce panorama, les facteurs d'ordre socioculturel plaçant la femme à un rang inférieur dans la société nous semblent significativement prépondérants. Dans le cadre de l'amélioration de la prévention, du diagnostic et du traitement des désordres mentaux qui affectent la femme, il importe que soient initiées des recherches visant à évaluer l'impact spécifique de ces facteurs socioculturels. □



Références bibliographiques

- AMIEL-LEBIGRE F., 1996.** Evénements de la vie, méthodologie et résultats. *Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-401-E-10, 6p.*
- COOK R.J., 1995.** La santé des femmes et les droits de l'individu. OMS, Genève, 72 p.
- DUPONT G., OUÉDRAOGO A., 1989.** À propos des psychoses puerpérales au Sénégal : réflexions sur les psychoses aiguës africaines. *Inform Psychiatr, 65 (10) : 1011-1016.*
- DURAND-COMIOT M-C., 1977.** Les psychoses puerpérales. Étude en milieu sénégalais. *Psychopathol Afric, 23 (3) : 269-330.*
- FERRERI M., VACHER J., ALBY J.M., 1987.** Evénements de vie et dépression. *Encycl Méd Chir (Paris, France), Psychiatrie, 37-879-A-10, 10p.*
- GORWOOD P., ROUILLON F., 1996.** Épidémiologie des maladies mentales. *Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-878-A-10, 10p.*
- GUEYE M., 1995.** Facteurs psychosociaux et troubles psychiques chez la femme au Sénégal. *Inform Psychiatr, 71 (6) : 537-542.*
- OMS, 1979.** Troubles mentaux : Glossaire et guide de classification en concordance avec la Neuvième Révision de la Classification internationale des Maladies. Organisation Mondiale de la Santé, Genève.
- OMS, 1993.** Aspects psychosociaux et psychiatriques de la santé de la femme. OMS, Genève, 90 p.
- OUÉDRAOGO A., 1987.** Approche étiopathogénique des psychoses puerpérales au Sénégal. Mémoire, CES Psychiatrie, UCAD, Dakar, n° 31, 110 p.
- OUÉDRAOGO A., SAMUEL-LAJEUNESSE B., 1997.** Les bouffées délirantes aiguës chez la femme au Burkina Faso. *Ann. Méd.-Psychol., 155 (2) : 126-131.*
- PAYKELL E.S., 1991.** Depression in women. *Br. J. Psychiatry, 158 (10) : 22-29.*
- ROUILLON F., le G.E.P., 1992.** Enquête épidémiologique des troubles psychiatriques en consultation spécialisée. *Encéphale, 18 (5) : 525-535.*
- SAMUEL-LAJEUNESSE B, HEIM A., 1994.** Psychoses délirantes aiguës. Éditions Techniques, *Encycl Med Chir (Paris-France), Psychiatrie, 37-230-A-10, 9p.*
- STREIT U., TANGUAY Y., 1993.** Vécu dans les rôles féminins, soutien, conflit travail-famille et symptomatologie dépressive. *Santé Ment Québec, 23 (2) : 109-134.*
- SUTTER A.L., LEROY V., DALLAY D., BOURGEOIS M.L., 1995.** Post-partum blues et dépression post-natale. Etude d'un échantillon de 104 accouchées. *Ann Méd Psychol, 153 (6) : 414-417.*

