

# Comment comprendre les prévalences liées au genre dans le cas de l'anorexie mentale et de l'autisme infantile

**Sylvie TORDJMAN**

*Pédopsychiatre, Praticien Hospitalier, Fondation Vallée. 94250 Gentilly*

*Thèse de Sciences de la Vie et de la Santé avec HDR (Habilitation à Diriger les Recherches), CNRS UMR 7593*

*«Vulnérabilité, Adaptation et Psychopathologie».*

*E-mail : lubart@idf.ext.jussieu.fr*

## Bibliographie :

Condry J, Condry S. Sex differences : a study of eye of the beholder; *Child Development*, 1976, 47, 812-819.

Fagot BI. Changes in thinking about early sex role development. *Developmental Review*, 1985, 5, 83-98.

Geschwind N, Galaburda AM. Cerebral lateralization, biological mechanisms, associations, and pathology. *Archives of Neurology*, 1985, 1 : a hypothesis, 521-551, II : a program for research, 643-654.

Lytton H, Romney DM. Parents differential socialization of boys and girls : a Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 1991, 109 (2), 267-296.

Les troubles mentaux sont souvent caractérisés par une forte prévalence féminine ou masculine. Ainsi, selon le DSM-IV, les troubles de conduites alimentaires, les troubles anxieux ou la dépression surviennent beaucoup plus souvent chez les femmes que les hommes, alors que les troubles des conduites sont davantage retrouvés chez les hommes (les agressions avec affrontement de la victime sont plus fréquents chez les hommes).

On peut illustrer ces propos par les exemples marquants de l'anorexie mentale et des troubles autistiques. En effet, plus de 90% des cas d'anorexie mentale touchent des filles, alors que l'on observe 4 à 5 fois plus de garçons que de filles autistes.

Comment comprendre ces différences de sex-ratio ?

Les facteurs socioculturels favoriseraient l'émergence et la prévalence féminine de l'anorexie mentale à l'adolescence.

Cependant, l'intérêt d'une approche psycho-socio-environnementale qui paraît évidente dans le cas de l'anorexie mentale, le semble moins pour des pathologies comme les troubles autistiques. Le syndrome autistique est défini comme un trouble du développement débutant avant l'âge de trois ans et caractérisé par des anomalies des interactions sociales et de la communication, ainsi que par des stéréotypies comportementales ou idéiques. La forte prévalence masculine relevée dans l'autisme a suscité des hypothèses biologiques génétiques portant notamment sur le chromosome X, et hormonales comme celle d'une élévation de l'activité de la testostérone chez le fœtus (théorie développée par Geschwind et Galaburda).

Mais, à la répartition biologique des sexes correspond une répartition des rôles sociaux attendus culturellement et codifiés comme spécifiques de l'un et l'autre sexe. Et par rapport à des domaines comme ceux de la communication et des interactions sociales (domaines profondément perturbés dans l'autisme), on peut s'interroger sur l'importance de la représentation

des rôles sexués (qui paraît fondamentale par exemple au niveau de l'expression émotionnelle ou des jeux) et de l'effet de ces représentations sur les attitudes et attentes que les parents vont avoir vis à vis de leurs enfants, et ce dès la naissance. Ainsi, lorsque des nouveaux-nés sont présentés à des adultes, leur perception et interprétation des émotions des enfants va dépendre du sexe réel ou présumé du bébé. Dans l'étude de Condry et Condry (1976), 204 étudiants sans enfants visionnent un film représentant un enfant âgé de 9 mois qui pleure. A la moitié des étudiants, on dira qu'ils observent un garçon, et à l'autre moitié, une fille. Les résultats sont éloquentes quant aux effets du sexe annoncé sur les représentations sociales : lorsque l'on demande aux étudiants de s'exprimer sur la cause des pleurs du bébé, ils répondent qu'ils ont vu un garçon en colère et une fille effrayée. De façon similaire, Fagot (1985) a étudié comment 100 étudiants (jeunes adultes sans enfants) se représentaient de manière différenciée selon le sexe, les jeux des enfants de 2 ans.

De telles représentations différenciées vont induire chez les parents des comportements différenciés, notamment au niveau de la communication ainsi que des interactions sociales, en fonction du sexe de leur enfant. L'ensemble des études sur ce sujet, malgré certains résultats contradictoires, montre que les parents sollicitent et stimulent plus les interactions sociales (incluant le sourire social) et les vocalisations puis par la suite le langage verbal, chez les filles que chez les garçons dès les trois premières années de vie. Ces études mettent bien en évidence chez les parents une représentation très différenciée des rôles sexués, et également des attentes et attitudes différenciées (les conduites différenciées en fonction du sexe de l'enfant seraient plus marquées chez les pères ainsi que vers l'âge de 18 mois, selon des revues de question comme celle de Lytton en 1991). Cependant, on peut se demander s'il n'existerait pas aussi des comportements différents des garçons et des filles dès le plus jeune âge, et qui conduiraient les parents à adopter des

attitudes différentes à l'égard de l'un ou l'autre sexe.

Maintenant, comment fait-on le lien entre ces attitudes différenciées et la prévalence par exemple du syndrome autistique chez les garçons ?

On peut faire l'hypothèse qu'il existerait de la part de l'entourage socio-familial des attitudes et des sollicitations différenciées en fonction du sexe de l'enfant, plus particulièrement au cours de la 2ème année de vie (surtout vers 18 mois), et qui conduiraient les filles et les garçons à développer des compétences plus spécifiques. C'est à partir de 18 mois que l'on peut observer, selon les travaux de Baron-Cohen, les signes prédictifs les plus précoces du risque d'autisme, à savoir l'absence de jeux de faire-semblant (ces jeux reflètent les capacités d'abstraction, de symbolisation et de représentation mentale), de pointage protodéclaratif et d'attention conjointe. On peut penser que les filles étant plus sollicitées que les garçons dans les domaines des interactions sociales et de la communication (incluant l'expression émotionnelle), et ceci à une période sensible (si ce n'est critique) du développement de ces domaines, on observerait alors moins chez elles de troubles autistiques au niveau des interactions sociales réciproques et de la communication verbale ou non-verbale (qui constituent deux des trois principaux domaines des troubles autistiques).

On peut aussi penser que le dépistage des troubles des interactions sociales et de la communication serait plus précoce chez les filles, et aurait pour conséquence une prise en charge thérapeutique également plus précoce. En effet, si les parents ont des attentes importantes vis à vis de leur fille dans les domaines des interactions sociales et/ou de la communication, ils risquent d'être plus inquiets pour elles quant aux retards développementaux touchant ces domaines, et alors de consulter plus tôt. C'est ce que j'ai pu observer dans ma pratique clinique où j'ai pu suivre

(suite page 11)

## Comment comprendre les prévalences liées au genre dans le cas de l'anorexie mentale et de l'autisme infantile (suite)

des petites filles présentant des troubles autistiques dès l'âge de 2 ans et demi, et qui ont eu une évolution positive, alors que les parents amenaient en consultation leur fils plus tardivement, après l'entrée en maternelle.

Enfin, il est impossible d'exclure l'implication de certains facteurs biologiques génétiques (comme les chromosomes sexuels) et/ou hormonaux (comme les hormones stéroïdes sexuelles) qui expliquerait les différences de sex-ratio homme/femme observées dans les troubles mentaux (ce d'autant que, par exemple, la forte prévalence masculine des troubles

autistiques fait l'objet d'un consensus international et est retrouvée quels que soient les pays et les différences socioculturelles). On peut également envisager un modèle plus complexe, circulaire et non linéaire, où les facteurs biologiques joueraient un rôle dans une différenciation des comportements des garçons et des filles dès la naissance. Ces comportements différents induiraient alors chez les parents des attitudes et des attentes différenciées en fonction du sexe de l'enfant, et qui à leur tour viendraient renforcer les comportements plus caractéristiques de chaque sexe. On observerait ainsi un continuum dans

différents domaines comportementaux (par exemple, les garçons interagiraient et communiqueraient moins que les filles, les filles exprimeraient plus leurs émotions), les troubles mentaux se situant aux extrémités de ce continuum (comme par exemple, les troubles autistiques chez certains garçons et les troubles anxieux chez certaines filles). Cette hypothèse s'inscrit dans un modèle où l'on passe d'une approche nosographique catégorielle à une approche dimensionnelle des troubles mentaux, et qui prend en considération la différenciation sexuelle des troubles mentaux. ■

## Tentative de suicide et mort par suicide selon le sexe (suite)

avec leur santé voire même avec leur vie. Les adolescents en mal-être choisissent plutôt un mode plus bruyant pour exprimer leur détresse à travers des comportements dangereux dans les activités sportives, la conduite d'engins (2 ou 4 roues), des intoxications alcooliques ou toxiques massives, des agressions non pas tournées vers eux-mêmes mais vers les autres. Ainsi on peut émettre l'hypothèse que la différence n'est pas dans le mal-être masculin/féminin mais plutôt dans le mode d'expression qui est choisi pour le dire.

La mort par suicide masculine : la violence à la place des mots  
La surmortalité masculine est observée à tous les âges mais avec un différentiel qui est plus marqué à l'adolescence et à l'âge adulte pour se réduire autour de 70 ans, mais retrouver une nouvelle progression après 85 ans.

On explique parfois cette différence de mortalité par le mode retenu pour le passage à l'acte, l'homme choisissant plus volontiers un moyen au risque léthal majeur alors que la femme resterait plutôt dans l'intoxication médicamenteuse qui préserve mieux les chances de survie. Il s'agit là d'une analyse insuffisante car les femmes qui meurent (même si

elles continuent à utiliser l'intoxication médicamenteuse de façon plus importante que l'homme) utilisent aussi des moyens violents comme la pendaison, la précipitation, la noyade. Ce qui fait la grande différence de notre point de vue c'est l'état psychopathologique que l'on repère dans le groupe féminin et dans le groupe masculin.

Dans une étude\* menée à St Etienne partant des renseignements retrouvés de façon anonymisée dans les dossiers de Sécurité Sociale, les femmes décédées sont toutes en traitement (parfois lourd) psychotrope et leur suicide s'inscrit dans une pathologie repérable et prise en charge. Par contre pour les hommes on retrouve deux groupes différenciés : celui des hommes soignés qui rejoignent en nombre absolu les morts féminines et celui chez qui la mort survient sans qu'il y ait eu de soins ou de médications préalables, ce qui peut expliquer la "surmortalité masculine".

Il paraît donc légitime d'envisager deux grandes situations suicidaire mortelles :

- celle qui s'inscrit, chez l'homme comme chez la femme, dans une histoire clinique prise en charge sur une durée plus ou moins

longue souvent avec une prédominance dépressive mais où l'on retrouve d'autres pathologies. La mort pose alors la question de la qualité de cette prise en charge et aussi interroge sur la possibilité médicale d'éviter un suicide dans un tel contexte. Le soutien apporté à ces malades ne peut être seulement médical, il doit être aussi familial et social.

- celle essentiellement masculine où le passage à l'acte violent (entraînant parfois d'autres morts dans l'entourage) n'a pas été précédé par une prise en charge même si des signes d'alertes – difficile à repérer dans "l'avant coup" – ont pu être donnés. La question de la relation de l'homme avec sa pathologie, sa souffrance se trouve ainsi posée. Les hommes ont plus de difficultés à se soigner, plus de difficultés que les femmes à se reconnaître en mal-être, dépressifs et donc à consulter psychologues et psychiatres. L'hypothèse est donc d'expliquer cette surmortalité masculine par une résistance de l'homme à se dire malade, résistance inappropriée et inefficace enfermant le sujet dans sa souffrance ; il n'a plus alors comme échappatoire que sa disparition violente dès lors que son désarroi n'a pas pu s'exprimer par la parole. ■

\* Thèse Mme V. Martorana : "Recherche des antécédents médicaux chez les personnes suicidées" (à partir des dossiers de Sécurité Sociale les concernant) - Présentée en 1999 au CHU de St Etienne.