

Michel TOUSIGNANT,  
Roger BROSSEAU et Lucien TREMBLAY  
(1980)

# “Les biais reliés au sexe dans les études de santé mentale.”

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole,  
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi  
Courriel: [jean-marie\\_tremblay@uqac.ca](mailto:jean-marie_tremblay@uqac.ca)  
Site web pédagogique : <http://www.uqac.ca/jmt-sociologue/>

Dans le cadre de: "Les classiques des sciences sociales"  
Une bibliothèque numérique fondée et dirigée par Jean-Marie Tremblay,  
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi  
Site web: <http://classiques.uqac.ca/>

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque  
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi  
Site web: <http://bibliotheque.uqac.ca/>

## Politique d'utilisation de la bibliothèque des Classiques

Toute reproduction et rediffusion de nos fichiers est interdite, même avec la mention de leur provenance, sans l'autorisation formelle, écrite, du fondateur des Classiques des sciences sociales, Jean-Marie Tremblay, sociologue.

Les fichiers des Classiques des sciences sociales ne peuvent sans autorisation formelle:

- être hébergés (en fichier ou page web, en totalité ou en partie) sur un serveur autre que celui des Classiques.
- servir de base de travail à un autre fichier modifié ensuite par tout autre moyen (couleur, police, mise en page, extraits, support, etc...),

Les fichiers (.html, .doc, .pdf., .rtf, .jpg, .gif) disponibles sur le site Les Classiques des sciences sociales sont la propriété des **Classiques des sciences sociales**, un organisme à but non lucratif composé exclusivement de bénévoles.

Ils sont disponibles pour une utilisation intellectuelle et personnelle et, en aucun cas, commerciale. Toute utilisation à des fins commerciales des fichiers sur ce site est strictement interdite et toute rediffusion est également strictement interdite.

**L'accès à notre travail est libre et gratuit à tous les utilisateurs.  
C'est notre mission.**

Jean-Marie Tremblay, sociologue  
Fondateur et Président-directeur général,  
**LES CLASSIQUES DES SCIENCES SOCIALES.**

Cette édition électronique a été réalisée par Jean-Marie Tremblay, bénévole, professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi à partir de :

Michel Tousignant, Roger Brosseau et Lucien Tremblay

**“Les biais reliés au sexe dans les études de santé mentale”.**

Un article publié dans **LES FEMMES ET LA FOLIE**, 5<sup>e</sup> colloque sur la santé mentale. Montréal : 30-31 mai 1980, pp. 59-65. Montréal : Corporation du Centre de santé mentale communautaire de Montréal.

Avec l’autorisation formelle de M. Michel Tousignant, chercheur, Centre de recherche et d’intervention sur le suicide et l’euthanasie, UQAM, accordée le 8 juin 2005.



Courriel : [tousignant.michel@uqam.ca](mailto:tousignant.michel@uqam.ca)

[http://www.crise.ca/fr/mb\\_pub\\_liste.asp?usager=tousignantm&section=membres](http://www.crise.ca/fr/mb_pub_liste.asp?usager=tousignantm&section=membres)  
[http://www.crise.ca/fr/mb\\_details.asp?section=membres&usager=tousignantm](http://www.crise.ca/fr/mb_details.asp?section=membres&usager=tousignantm)

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte: Times New Roman, 12 points.

Pour les citations : Times New Roman, 12 points.

Pour les notes de bas de page : Times New Roman, 12 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2004 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format LETTRE (US letter), 8.5’’ x 11’’)

Édition numérique réalisée le 21 février 2009 et corrigée le 28 mars 2011 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, Québec.



Michel Tousignant, Roger Brosseau et Lucien Tremblay

“Les biais reliés au sexe  
dans les études de santé mentale”.



Un article publié dans **LES FEMMES ET LA FOLIE**, 5<sup>e</sup> colloque sur la santé mentale. Montréal : 30-31 mai 1980, pp. 59-65. Montréal : Corporation du Centre de santé mentale communautaire de Montréal.

Michel Tousignant          Professeur, département de psychologie, UQÀM.

Roger Brosseau              Étudiant, programme de maîtrise, UQÀM.

Lucien Tremblay              Étudiant, programme de maîtrise, UQÀM.

Michel Tousignant, Roger Brosseau et Lucien Tremblay

**“Les biais reliés au sexe dans les études de santé mentale”.**

Un article publié dans **LES FEMMES ET LA FOLIE**, 5<sup>e</sup> colloque sur la santé mentale. Montréal : 30-31 mai 1980, pp. 59-65. Montréal : Corporation du Centre de santé mentale communautaire de Montréal.

## SUMMARY

First of all, the authors show with the help of a review of literature, that women complain of more psychoneurotic symptoms than men and also more psychic illnesses of varying degrees of seriousness. The authors do not agree with other authors who believe that the results are invalidated by the following biases : desirability of symptoms, need for social approval, tendency to confide and the tendency of women to agree or deny in interviews. They report results of their own research which confirms that the existence of a bias is unproven.

\* \* \* \*

Nous allons au cours de cet exposé tenter de savoir si les femmes souffrent vraiment plus que les hommes de problèmes psychonévrotiques en examinant les données recueillies au cours d'enquêtes à domicile et en considérant quels types de biais peuvent venir affecter les résultats.

Nous présumons que seules les études faites à partir d'échantillons construits au hasard et représentant une population générale peuvent prétendre à un certain degré de validité. Les données obtenues de dossiers médicaux, que ce soient ceux des hospitalisations en milieu psychiatrique ou dans un hôpital général, des consultations externes en clinique psychiatrique, des consultations en médecine générale ou en cabinet privé chez des psychologues, des psychiatres ou même des travailleurs sociaux et des sexologues, pour ne mentionner que ces catégories, sont reliées à trop

de facteurs étrangers à la santé mentale pour qu'on puisse leur attribuer une signification claire. Ainsi, on sait que les femmes à qui on diagnostique une schizophrénie sont hospitalisées plus tardivement que les hommes ; on peut supposer de plus que les pratiques diagnostiques diffèrent en fonction du sexe du patient ; on peut imaginer que les femmes ont moins de réticence que les hommes à consulter un psychiatre ou à se plaindre de nervosité à un médecin.

Si nous nous limitons aux données obtenues à partir d'enquêtes, nous constatons que les femmes déclarent presque toujours plus de symptômes psychonévrotiques que les hommes. Selon le relevé de Gove et Tudor (1973), la majorité des enquêtes démontrent que les femmes obtiennent les scores les plus élevés et que la situation contraire ne se produit jamais. Il en est de même pour les études menées au Canada et au Québec. Dans une étude menée auprès de 1 200 personnes dans les Cantons de l'Est durant l'été 1970, on a trouvé que les femmes manifestent plus de symptômes à tous les

niveaux d'âge et que la différence entre les hommes et les femmes est d'autant plus grande que les groupes comparés sont jeunes (Denis et Tousignant, 1973). Les écarts sont tellement larges entre les sexes et tellement fréquents que certains se demanderont si ces différences ne sont pas en définitive reliées à la nature même des sexes. Une telle conclusion serait absolument erronée puisque nous sommes ici en présence de résultats qui ne s'appliquent qu'aux populations adultes. Chez les enfants, il n'existe pas de véritables enquêtes, mais on constate que les parents consultent plus facilement un psychiatre pour leurs garçons que pour leurs filles. Au stade de l'adolescence, les études sont plus rares et sont souvent menées par des conseillers scolaires. Une thèse de maîtrise (Messier, 1980) faite avec des étudiants et étudiantes d'une école secondaire de Verdun ne rapporte aucune différence entre les garçons et les filles de 14 et 16 ans. Et pourtant, à cette période, l'identité sexuelle est assez bien affirmée pour qu'on puisse penser que si la névrose est liée à la nature des sexes, les différences devraient déjà commencer à s'exprimer.

Parmi l'éventail des symptômes névrotiques, la dépression a reçu une attention particulière de la part des chercheurs. Une revue de la littérature faite par Weissman et Klerman (1977) relève que les cas traités sont beaucoup plus nombreux chez les femmes que chez les hommes en Occident bien que la situation soit parfois renversée dans certains pays du Tiers-Monde comme l'Inde et la Nouvelle-Guinée. Cependant, les enquêtes à domicile viennent démontrer que partout où on a mené des études, et

cela même aux Indes, les femmes déclarent deux fois plus de symptômes que les hommes.

En est-il de même pour toutes les autres catégories de symptômes psychonévrotiques ? Afin de répondre à cette question, France Fiset (1978) a fait une analyse d'items de trois enquêtes menées au Québec à partir de trois instruments différents. Elle a analysé les réponses des 712 sujets de l'étude des Cantons de l'Est mentionnée plus haut à qui on avait administré le Health Opinion Survey et celles des 288 sujets d'Engelsman et al. (1972) résidant à Bordeaux et Cartierville et qui ont rempli l'échelle de Langner. On remarque que pour les quatre principaux secteurs de réaction névrotique, il n'existe aucun item où les hommes obtiennent un score supérieur aux femmes. Dans trois secteurs, malaises psychophysiologiques, manque d'énergie et nervosité, les items ont des scores généralement supérieurs chez les femmes, tandis que les différences sont nulles pour ceux qui concernent la dépression. Donc, même si nous essayions de remédier à certaines échelles en y incluant plus de symptômes d'un certain genre plutôt que d'un autre, nous découvririons que ce type de manipulation ne changerait probablement pas tellement de choses concernant la différence entre les sexes.

Malheureusement, il n'existe pas d'autres enquêtes faites à domicile que celles qui portent sur les symptômes psychonévrotiques, à l'exception de celles qui portent sur les problèmes reliés à l'alcoolisme. Si l'on accepte, avec raison semble-t-il, que la consommation exagérée d'alcool, celle qui entraîne des problèmes de santé, d'entente conjugale ou d'emploi, est aussi un indice de tension psychologique, nous constatons alors que les hommes en ce domaine obtiennent des taux bien plus élevés que ceux des femmes, souvent de l'ordre de 8 à 1. Cependant, alors que le pourcentage de personnes présentant des problèmes d'alcoolisme dans les études épidémiologiques est de l'ordre de deux pour cent, celui de ceux qui sont affectés de problèmes névrotiques se situe autour de 20 pour cent. Nous retenons de ceci que plusieurs indices de comportement peuvent traduire une tension psychologique et que les échelles de santé mentale ne représentent qu'une partie du champ à analyser.

On ne saurait passer complètement sous silence les chiffres qui concernent la santé physique, fortement en corrélation d'ailleurs avec les échelles de santé mentale. Les femmes, encore une fois, déclarent toujours plus de maladies physiques mineures que les hommes (Hinkle, et al., 1960 ; Verbrugge, 1977 ; Nathanson, 1975) tandis que ces derniers souffrent plus de maladies chroniques et mortelles. L'espérance de vie en



Amérique du Nord est d'ailleurs de près de huit ans moins élevée pour les hommes que pour les femmes. On résume ironiquement l'état de la question en faisant valoir que si les femmes sont malades, ce sont les hommes qui meurent.

Si l'on fait maintenant un bref survol des données décrites jusqu'ici, on en arrive à une constatation un peu inquiétante, suspecte même (tableau 1). C'est qu'à chaque fois qu'une étude traite de problèmes mineurs ou moyennement sérieux, les femmes souffrent plus, tandis que le contraire se produit quelquefois lorsqu'on traite des situations plus sérieuses. Aussi ne faut-il pas se surprendre de voir de nombreux auteurs, masculins aussi bien que féminins, soutenir que les femmes en réalité ne souffrent pas plus que les hommes de ces symptômes mineurs. On a cherché à trouver des explications de ces différences dans les biais reliés aux échelles de santé mentale ou dans une supposée tendance des femmes à se plaindre plus volontiers que les hommes ou du moins à s'ouvrir plus facilement à leur entourage sur les malaises qui les affligent. Les trois principaux biais qui ont été analysés ont été les suivants : la désirabilité du symptôme tel que perçu par le répondant, - c'est-à-dire le symptôme est-il moins désirable chez l'homme que chez la femme ? - le besoin d'approbation sociale, facteur fortement apparenté au précédent et qui consiste pour le sujet à ne pas déclarer un symptôme par peur d'être désapprouvé, et enfin la tendance à acquiescer ou à nier dans une situation d'entrevue. Phillips et Clancy (1972), qui croyaient pouvoir trouver la présence d'un de ces biais, doivent se résigner à avouer qu'il est improbable que la relation trouvée entre le statut sexuel et les scores de santé mentale soit entièrement attribuable à l'influence de la désirabilité sociale ou du besoin d'approbation sociale tel que mesuré par l'échelle Crowne-Marlowe. Plus tard, Clancy et Gove (1974) découvrent même que l'écart entre les hommes et les femmes augmente légèrement au lieu de diminuer lorsque l'on contrôle ces variables qui peuvent introduire un biais. Une reprise de cette étude (avec une amélioration de la stratégie méthodologique) (Gove et Geerken, 1977) en arrive aux mêmes conclusions.

Le niveau de santé physique est en forte corrélation avec les échelles de santé mentale (Phillips et Segal, 1969) au point où les différences de santé mentale entre les sexes diminuent considérablement lorsqu'on tient le premier facteur égal. Il demeure toutefois qu'on n'est pas en droit ici de parler d'un biais au sens strict du terme. La santé physique est presque une composante de la santé mentale de sorte qu'on ne peut véritablement dissocier ces deux niveaux de manifestation sans tronquer la réalité.

**Tableau 1**  
*Les biais reliés au sexe : résumé de la littérature*

Auteurs	Type d'étude	Échantillon	Biais étudiés	Conclusion
Rore (1965)	Revue de littérature		Tendance à acquiescer	Aucune démonstration claire
Phillips and Segal (1969)	Enquête	N = 278 (New Hampshire)	Santé physique	Si ce facteur est tenu constant, les femmes demeurent en moins bonne santé mentale
Phillips and Clancy (1970)	Enquête	N = 115 (Villes des États-Unis)	Tendance à acquiescer	La désirabilité sociale n'influence que la variable classe sociale
Phillips and Clancy (1972)	Enquête	N = 404 (Nord des États-Unis)	Désirabilité sociale	Influence la femme davantage
Clancy and Gove (1974)	Enquête	N = 404 (Nord des États-Unis)	Désirabilité du symptôme Besoin d'approbation Tendance à acquiescer	Lorsque ces facteurs sont contrôlés, la différence entre les femmes et les hommes continue d'augmenter
Campbell et al. (1976)	Enquête		Besoin d'approbation	Aucune influence sur les différences hommes-femmes aux échelles de santé mentale
Gove et al. (1976)	Enquête	N = 94 (Tennessee)	Désirabilité Acquiescement Approbation	Aucune influence sur les différences entre les sexes concernant la santé mentale
Gove and Geerken (1977)	Enquête	N = 2248 (États-Unis)	Idem	Lorsqu'on contrôle ces facteurs, la différence entre les hommes et les femmes continue d'augmenter

Avant de conclure, à défaut d'arguments valables, que les femmes ont réellement plus de symptômes névrotiques que les hommes, il reste une dernière question à régler, soit celle de savoir si les femmes en général n'auraient pas une plus grande facilité à se confier à autrui au sujet de leur santé physique ou psychique, tendance qui serait d'autre part indépendante des biais mentionnés plus haut. Gove et Geerken (1979) rapportent à cet effet que la littérature qui traite des problèmes de santé physique affirme souvent que les femmes sont probablement plus disposées que les hommes d'abord, à percevoir leurs symptômes, ensuite, à s'en confier à autrui. Mais ces auteurs sont extrêmement critiques à l'égard des principaux tenants de ces thèses, en l'occurrence Verbrugge (1976), Mechanic (1976) et Dohrenwend (1977), qu'ils accusent de se prêter foi entre eux en citant mutuellement leurs écrits qui manquent totalement d'appuis empiriques. Et Gove de répéter ensuite sa propre thèse qui consiste à reconnaître que les femmes sont réellement plus malades que les hommes et que ces différences sont essentiellement attribuables aux exigences plus grandes de leurs rôles, surtout lorsqu'elles ont à faire face aux obligations du mariage.

Notre équipe de recherche n'était pas du tout convaincue par les assertions de Gove qui considérait le dossier clos et qui concluait que les femmes pouvaient bien se plaindre plus puisqu'elles étaient en vérité plus malades que les hommes. Nous n'étions pas certains qu'il ait tort, mais nous voulions pousser la question plus loin en abordant celle-ci d'une façon nouvelle. Il nous semblait en particulier que les réponses aux enquêtes n'avaient pas été suffisamment analysées. Il faut rappeler ici que les réponses exigées des répondants sont très concises pour ne pas dire discrètes. On demande par exemple si vous faites des cauchemars « souvent », « parfois » ou « jamais ». Comment le sujet interprète-t-il le mot « cauchemar » tout d'abord et le terme désignant la fréquence par la suite ? D'autre part, lorsque le sujet avoue souffrir d'un malaise, quel doit être le niveau de gravité ou de préoccupation du malaise pour en arriver à reconnaître un symptôme comme sien dans une situation d'enquête ? Pourrions-nous supposer que les hommes par exemple n'avoueraient que les malaises qui leur semblent personnellement graves alors que les femmes ne se questionneraient que très peu sur le sérieux de leurs malaises avant de les déclarer à l'enquêteur ? Pourrions-nous supposer que les hommes ont tendance à minimiser la fréquence de leurs symptômes par rapport aux femmes ? Enfin, pourrions-nous supposer que les hommes ne se plaignent que des symptômes qui leur sont survenus que très

récemment alors que les femmes ont plus tendance à évoquer des malaises disparus depuis un certain temps ?

Pour répondre à toutes ces interrogations, nous avons fait passer à un échantillon de 232 personnes du quartier Rosemont un questionnaire de santé mentale, le Health Opinion Survey de MacMillan (1957), et nous avons, à chaque fois qu'un malaise était identifié dans la liste des 18 énoncés proposés, demandé à la personne une série de questions afin de répondre à nos interrogations. Ces questions portaient sur la gravité du symptôme, sur les préoccupations à son propos, sur son effet dans la vie de tous les jours, sur sa fréquence exacte, sur le moment de sa dernière apparition, et sur le moment de sa première apparition. Malgré la lourdeur d'un tel procédé et le nombre de questions supplémentaires portant sur d'autres sujets relatifs à la santé, les sujets ont collaboré avec plaisir à notre enquête et se sont montrés coopératifs jusqu'à la fin de l'entrevue un peu comme s'ils se sentaient satisfaits d'avoir enfin pu trouver quelqu'un qui puisse écouter tout ce qu'ils avaient à dire sur leur état de santé.

Les 232 personnes interviewées faisaient partie d'une liste originale de 400 personnes. Le taux de réponse est fort acceptable si l'on tient compte du fait que nous n'avons pas relancé les nombreuses personnes qui avaient démenagé au moment de l'enquête. Ce nombre comprend 120 hommes et 112 femmes, entre 25 et 40 ans et appartenant au groupe canadien-français. Tous étaient mariés. Nous avons choisi ces caractéristiques pour conserver l'homogénéité des groupes d'hommes et de femmes et pour maximiser d'autre part les chances d'obtenir de grands écarts aux scores de santé mentale. En effet, il eut été futile d'étudier des facteurs voulant expliquer les différences entre les sexes s'il n'y avait pas eu au départ des écarts assez forts entre les scores des hommes et ceux des femmes.

Tel que prévu, nous avons encore une fois constaté une différence très significative en défaveur des femmes sur notre échelle de symptômes psychonévrotiques. Mais ce qui importait, c'était comment chacun des sexes décrirait l'histoire de ses symptômes particuliers. Pour chaque symptôme déclaré, nous poursuivions l'enquête à l'aide d'une échelle en trois points qui décrivait trois niveaux de gravité pour chacun des symptômes. Ainsi déclarer faire des cauchemars peut signifier bien des choses : cela peut vouloir dire en être bouleversé pendant plusieurs jours, ou avoir de la difficulté à se rendormir, mais aussi ne même pas avoir son sommeil affecté. Nous avons découvert à notre grande surprise que plus de deux tiers des sujets avouant des cauchemars disaient que cela affectait peu leur sommeil et leur

vie de tous les jours. Il était alors logique de se demander si les femmes ne formaient pas la majorité des sujets qui avouaient de tels symptômes jugés bénins. Notre analyse n'a pu cependant établir une telle différence ; les hommes, même s'ils déclaraient moins de symptômes que les femmes, étaient aussi ceux qui, généralement, les jugeaient comme moins graves. Nous avons de plus tenté d'évaluer cette dimension de gravité du symptôme à l'aide de deux questions supplémentaires : « Dans quelle mesure ce malaise nuit-il à vos activités de tous les jours ? » et « Laquelle des phrases suivantes (quatre au choix) traduit le mieux vos Préoccupations actuelles à l'égard de ce malaise ? ». Cette fois-ci, nous constatons que les hommes jugent leurs malaises aussi préoccupants que les femmes ou nuisant dans la même mesure à leurs activités. Une autre question était de savoir si les femmes avaient plus tendance à déclarer des symptômes dont elles ne souffraient que très peu souvent. Encore ici, la réponse s'avère négative. Mais les femmes évoquent peut-être plus souvent que les hommes des malaises dont la dernière manifestation est lointaine. Autrement dit, on continue à s'identifier à un malaise même si celui-ci est disparu depuis belle lurette. Encore ici, la réponse s'avère négative et si tendance il y a, elle serait plutôt en sens contraire.

Nos données nous amènent donc à conclure que les symptômes déclarés par les femmes sont jugés par elles aussi graves que ceux rapportés par les hommes (tableau 2). Nous contredisons donc l'opinion qui voudrait que les femmes aient tendance à se plaindre pour un rien. Bien sûr, nous n'avons pas des mesures objectives pour établir un tel fait, mais tout le monde s'accorde à dire qu'en cette matière on ne peut absolument pas compter sur de tels instruments et qu'on aura toujours des démonstrations approximatives.

L'autre question qui nous intéressait était de savoir si les femmes communiquaient plus de malaises dans une situation d'entrevue tout simplement parce que, dans leur vie quotidienne, elles étaient plus ouvertes sur cette dimension de leur vie et plus portées que les hommes à s'en confier à leur entourage. Pour évaluer ce problème, nous avons adapté l'échelle de confiance de Jourard (Self-Disclosure Scale) de la façon suivante (tableau 3). Pour chaque malaise déclaré, nous

demandions au répondant dans quelle mesure il s'en confie aux personnes suivantes : à son conjoint(e), à son père, à sa mère, à son meilleur ou à sa meilleure ami(e), à un frère ou à une sœur, à quelqu'un d'autre. Nous n'avons retenu pour analyse que la réponse concernant le conjoint parce que les gens se confiaient très peu

aux autres personnes au sujet de leur santé. De plus, nous n'avons considéré comme valables que les neuf items où plus de 20 personnes de chacun des deux sexes répondaient dans l'affirmative. Nous n'avons pas encore soumis nos résultats à des tests statistiques. Toutefois, une analyse des distributions nous permet de constater la situation suivante : pour trois des symptômes, les hommes se confient plus que les femmes à leur conjoint ; pour quatre des symptômes, ce sont les femmes qui se confient plus et pour les deux autres symptômes, il n'y a pas de différence véritable. Regardons maintenant de plus près la nature des symptômes où des différences sont notables. Les femmes se confient volontiers de fatigue le matin, de troubles de sommeil, de cauchemars et de doutes sur la valeur de l'existence ; les hommes en contrepartie se confient surtout de transpiration des mains et des pieds, de dérangements d'estomac et de pertes d'appétit. Une lecture plus attentive du contenu des items nous permet donc de conclure que les femmes semblent avoir de la facilité à parler de malaises ambigus ou à saveur psychologique tandis que les hommes sont portés à parler de problèmes physiques bien localisés.

En conclusion de cette dernière partie, nous ne pouvons, sur la base de nos données, être d'accord avec les auteurs qui sont d'opinion que les femmes sont probablement plus disposées que les hommes à percevoir leurs symptômes et à s'en confier à autrui. La situation que nous avons observée s'avère plus complexe que nous ne le croyions au point de départ. Il ne semble pas y avoir de tendance plus grande chez un ou l'autre sexe à se confier davantage de ses malaises. Cependant, on note des différences en fonction de la nature même de ces malaises. Bien sûr, nous aurions besoin d'un échantillon de symptômes beaucoup plus étendu avant de généraliser les résultats que nous avons obtenus et c'est ce que nous espérons pouvoir accomplir au cours de la prochaine année.

Après avoir fait ce survol de la littérature et avoir présenté les résultats préliminaires de notre propre recherche, nous pouvons affirmer qu'aucune preuve n'a été faite jusqu'ici de la présence d'un biais important dans les échelles de santé mentale qui défavoriserait le sexe féminin. Il apparaît clairement que la différence observée entre les hommes et les femmes est réelle.

**Tableau 2**  
*Présence des symptômes et leur degré de gravité : hommes et femmes*

Symptôme	Présence du symptôme		Nuit modérément ou beaucoup		La description apparaît grave		Degré de préoccupation sérieux	
	H (%)	F (%)	H (%)	F (%)	H (%)	F (%)	H (%)	F (%)
Se plaint d'une maladie	17,5	17,9	52,4*	35,0	23,8	20,0	52,4	60,0
Tremblement des mains	5,0	9,8	33,4	36,4	16,7	0,0	16,7	27,3
Transpirations	34,1	26,7	9,7	5,7	7,3	3,3	2,4	13,4
Battements de coeur	12,5	22,4	0,0	25,0	0,0	0,0	0,0	12,5
Fatigue	37,5	51,8	13,0	24,1	2,2	13,8	10,8	22,4
Insomnie	19,2	35,7	34,7	27,5	8,7	5,0	8,7	37,5
Maux d'estomac	31,7	27,7	28,4	22,6	0,0	3,2	18,4	19,4
Cauchemars	18,4	33,0	4,5	8,1	0,0	13,5	4,5	16,2
A mal partout	10,8	17,9	7,7	25,0	7,7	0,0	30,8	30,0
Perte d'appétit	15,0	19,4	27,8	16,0	22,2	24,0	11,1	20,0
Baisse de rendement	5,0	8,1	50,0	87,5	33,2	22,2	33,4	62,5
Faiblesses	10,9	24,2	38,5	44,4	7,4	7,4	15,4	37,0
Étourdissements	18,4	36,7	14,3	15,0	14,3	0,0	9,6	12,5
Perte de poids	6,7	23,2	50,0	23,1	12,5	11,5	25,0	19,2
Essoufflements	8,4	21,5	10,0	25,0	20,0	8,3	30,0	16,7
Mauvaise forme	6,6	9,9	62,5	45,5	12,5	18,2	25,0	45,5
Mauvaise humeur	3,3	3,6	75,0	50,0	0,0	25,0	25,0	75,0
La vie a peu de sens	27,5	45,5	25,0	25,0	3,0	15,7	21,2	33,3

\* Les pourcentages des six dernières colonnes sont calculés sur la base de ceux qui ont déclaré avoir le symptôme décrit.

**Tableau 3**  
*Le pourcentage des personnes qui ont décrit au conjoint leurs symptômes*

	H %	F %
<b>SYMPTÔMES PSYCHOPHYSIOLOGIQUES*</b>		
Se plaint d'une maladie	81,0	80,0
Transpirations des mains	27,5	10,0
Battements de coeur	64,3	37,5
Fatigue	19,6	37,9
Maux d'estomac	57,9	48,4
Étourdissements	33,3	35,0
<b>SYMPTÔMES PSYCHOLOGIQUES</b>		
Insomnie	36,4	52,5
Cauchemars	22,7	43,2
Perte d'appétit	33,3	28,0
La vie a peu de sens	36,4	43,1
* Nous n'avons retenu que les symptômes qui ont une fréquence de plus de 15% chez les deux sexes.		

Il faut souligner enfin que les symptômes inclus dans les échelles ne sont pas représentatifs de tous les types de comportements névrotiques. Il y aurait lieu en particulier d'inclure les manifestations d'agressivité à l'égard de l'entourage. Il n'est pas certain d'autre part que cette modification ferait disparaître les différences observées entre les sexes.

Les différences que nous avons observées au niveau de la communication des symptômes méritent que l'on s'attarde à ce genre de variable dans l'avenir puisque c'est là qu'on peut espérer remettre le plus de choses en question. Pourquoi en effet les femmes auraient-elles plus de facilité à se confier sur des états ambigus ou de nature plus psychologique ? Même si ce facteur n'a pas affecté la distribution des scores de notre mesure de santé mentale, il y a là un facteur qui pourrait jouer davantage si nous employions des échelles à contenu moins psychophysiologique, des échelles de dépression par exemple. C'est certes là un résultat intéressant pour ceux qui s'intéressent aux différences psychologiques entre les sexes. Est-ce que les valeurs de notre culture permettent à l'homme et l'encouragent même à avouer ses malaises



physiques identifiés alors qu'elles poussent plutôt les femmes à être sensibles à des maux de caractère plus ambigus ?

## RÉFÉRENCES

CAMPBELL, A., P. CONVERSE et W. ROGERS, 1976, *The Quality of American Life : Perceptions, Evolutions and Satisfactions*, New York, Sage.

CLANCY, K. et W. R. GOVE, 1974, Sex differences in respondents' reports of psychiatric symptoms : an analysis of response bias, *American Journal of Sociology*, 78, 205-244.

DENIS, G., M. TOUSIGNANT, et L. LAFOREST, 1973, Prévalence de cas d'intérêt psychiatrique dans une région du Québec, *Canadian Journal of Public Health*, 64, 387-397.

DOHRENWEND, B., 1977, Reply to Gove and Tudor's comment on sex differences in psychiatric disorders, *American Journal of Sociology*, 82, 1336-45.

ENGELSMAN, F., H.B.M. MURPHY, R. PRINCE, M. LEDUC, et H. DEMERS, 1972, Variations in response to a symptoms check-list by age, sex, income, residence and ethnicity, *Social Psychiatry*, 7, 150-156.

FISSET, F., 1978, *Étude comparative des scores aux items des échelles de santé mentale en fonction de la variable sexe*, Thèse de maîtrise inédite, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal.

GOVE, W.R. et M. GEERKEN, 1977, Response bias in surveys of mental health : an empirical investigation, *American Journal of Sociology*, 82, 1289-317.

GOVE, W.R. et M. HUGHES, 1979, Possible cause of the apparent sex differences in physical health : an empirical investigation, *American Sociological Review*, 44.

GOVE, W.R., J. MCCORKEL, T. FAIN, et M.D. HUGHES, 1976, Response bias in community surveys of mental health : systematic bias or random noise ?, *Social Science and Medicine*, 10, 497-502.

HINKLE, L., et al, 1960, An examination of the relation between symptoms, disability and serious illness in two homogeneous groups of men and women, *American Journal of Public Health*, 50, 1327-36.

JOURARD, S.M., 1971, *Self-Disclosure : An Experimental Analysis of the Transparent Self*, New York : Wiley.

MacMILLAN, A.M., 1957, The Health opinion survey technique for estimating prevalence of psychoneurotic and related type of disorder in communities, Monograph supplement, 7, *Psychological Reports*, 3, 325-339.

MECHANIC, D., 1976, Sex, illness, illness behavior, and the use of health services, *Journal of Human Stress*, 2, 29-40.

MESSIER, R., 1980, *Problèmes psychologiques, choix de personnes-ressources et modèles d'action chez des adolescents de 14 et 16 ans*, Thèse de maîtrise inédite, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal.

NATHANSON, C., 1975, Illness and the feminine role a theoretical review, *Social Science and Medicine*, 9, 57-62.

PHILLIPS, D.L., et K.J. CLANCY, 1970, Response biases in field studies of mental illness, *American Sociological Review*, 35, 503-515.

PHILLIPS, D. et K. CLANCY, 1972, Some effects of "social desirability" in survey studies, *American Journal of Sociology*, 77, 921-940.

PHILLIPS, D. et B. SEGAL, 1969, Sexual status and psychiatric symptoms, *American Sociological Review*, 34, 58-72.

RORER, L., 1965, The great response bias myth, *Psychological Bulletin*, 63, 129-156.

VERBRUGGE, L., 1976, Females and illness : recent trends in sex differences in the United States, *Journal of Health and Social Behavior*, 17, 387-403.

WEISSMAN, M.M. et G.L. KLERMAN, 1977, Sex differences and the epidemiology of depression, *The Archives of General Psychiatry*, 34, 98-111.