



HAL
open science

Impact du genre sur le diagnostic psychiatrique : une revue de la littérature

Claire-Lise Alvarez

► **To cite this version:**

Claire-Lise Alvarez. Impact du genre sur le diagnostic psychiatrique : une revue de la littérature. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02418286

HAL Id: dumas-02418286

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02418286>

Submitted on 18 Dec 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE BORDEAUX 2 VICTOR SEGALEN

UFR DES SCIENCES MEDICALES

Année 2019

Thèse n° 3018

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement à Bordeaux le 08 Avril 2019 par

Claire-Lise ALVAREZ

Née le 03 Janvier 1991 à Cannes

**Impact du genre sur le diagnostic psychiatrique :
une revue de la littérature.**

Directeur de thèse :

Madame le Professeur Hélène VERDOUX

Membres du jury :

Madame le Professeur Marie TOURNIER, Présidente

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE, Juge

Monsieur le Professeur Cédric GALERA, Juge

Madame le Docteur Juliette BERTHIER, Juge

Madame le Docteur Christelle DONON, Rapporteur

REMERCIEMENTS:

A ma famille : mes parents, pour votre soutien inconditionnel et précieux pendant toutes ces années, et mes trois grandes sœurs Florence, Maryse et Cécile (merci pour ta relecture !), pour avoir été une source d'inspiration et un modèle de persévérance.

A Ewen, pour ton amour et ta patience pendant ces longues années d'étude, et pour tous les projets qui nous attendent encore ensemble.

A Marie B, car notre amitié a su survivre au lycée, à la P1, à l'ECN et à la distance, et pour toutes nos aventures à venir (qui ont grandement motivé la fin de ce travail).

A mes amies Camille M et Anais, pour notre belle amitié et nos débats féministes passionnés. A Camille T, pour le féminisme, la psychiatrie et la bonne musique.

A toutes les personnes que j'ai eu la chance de rencontrer au cours de cet internat, notamment en tant que cointerne: Marie H (professeur), Claire, David (pour le doom, et Zotero), Juliette, Paul (portant avec brio la double casquette chef-ami), Adrien, Séverine, Marie-Céline, Héloïse, Marie-Caroline, mais aussi tous les membres de l'APIP.

A tous les médecins et les équipes soignantes qui m'ont accueillie en stage pendant cet internat, les Dr Gorce, Theillay-Le Gall et Donon à l'UCS de Cadillac, les Dr Lengronne, Benotmane et Beylard à la PMP de Bazas, les Dr Hostache et Le Besq à Carreire 2, le Pr Galera, les Dr Jean et Albinhac au CCS et au CSMI de Pauillac, le Dr Clélia Quiles aux ECT (et notamment ta bonne humeur dès 7h30 du matin) et le Pr Verdoux au CMP, les Dr Gosse, Legrand et toute l'équipe de pédopsychiatrie à Libourne, avec une pensée émue pour Olivia, et enfin les Dr Le Bihan, Floris et Tassou à l'USIP et à l'UMD de Cadillac. J'ai eu beaucoup de chance d'avoir pu apprendre auprès de chacun d'entre vous.

AU RAPPORTEUR

Madame le Dr Christelle DONON

Praticien Hospitalier

Centre Hospitalier de Cadillac

Je te remercie encore d'avoir accepté d'être le rapporteur de ce travail de thèse. Tu as pu voir mes premiers pas en psychiatrie lors de mon premier semestre sur l'UCS, au cours duquel tu t'es toujours montrée disponible, bienveillante et pédagogue. Ta rigueur et ton sens clinique aiguisé m'ont beaucoup inspirée dans ma pratique par la suite. Merci pour ton commentaire éclairé sur ce travail et pour l'attention que tu y as portée. Avec toute mon affection.

AUX MEMBRES DU JURY :

Madame le Docteur Juliette BERTHIER

Assistante spécialiste pôle P.U.M.A

Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. J'ai eu la chance et le plaisir de te rencontrer durant mon internat, et de te côtoyer au cours d'un semestre. Ta gentillesse et tes conseils bienveillants m'ont été très précieux! Je suis ravie et fière que tu puisses m'accompagner lors de cette soutenance.

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier,

Docteur en Neurosciences,

Coordinateur du DES de psychiatrie,

Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux.

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de juger mon travail de thèse. Je n'ai pas eu la chance de travailler à vos côtés mais j'ai apprécié la qualité de votre enseignement et vos qualités humaines. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon respect.

Monsieur le Professeur Cédric GALERA

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier

Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux

Je vous remercie également d'avoir accepté de juger ce travail de thèse. J'ai eu la chance de pouvoir venir en tant qu'interne sur le CREDAH lors de mon premier stage de pédopsychiatrie et d'avoir pu beaucoup apprendre à vos côtés. J'ai également pu apprécier vos qualités d'enseignement dans le cadre des cours de DES. Veuillez accepter mon plus profond respect.

A LA DIRECTRICE DE THESE

Madame le Professeur Hélène VERDOUX

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier,

Docteur en Epidémiologie,

Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux.

Je suis très honorée que vous ayez accepté de diriger ce travail de thèse et de l'intérêt que vous avez porté à ce sujet. J'ai eu la chance de passer dans votre pôle à plusieurs reprises, en tant qu'externe puis interne, et d'avoir pu bénéficier de temps de supervision avec vous lors de mon exercice en CMP. Au cours de ces semestres d'une grande richesse, j'ai pu mesurer l'ampleur de vos connaissances et de votre expérience clinique. Votre bienveillance, votre rigueur, votre disponibilité sans faille et vos conseils avisés ont été de précieux atouts lors de la préparation de ce travail. Veuillez accepter mon plus profond respect et ma gratitude.

A LA PRESIDENTE DU JURY :

Madame le Professeur Marie TOURNIER

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier,

Docteur en Epidémiologie,

Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux.

Je vous remercie d'avoir accepté de présider ce jury de thèse. Sans avoir eu l'occasion de passer dans votre service, j'ai pu apprécier la grande richesse de votre enseignement et votre gentillesse. Veuillez recevoir ma reconnaissance et mon plus profond respect.

Table des matières

I- Introduction.....	10
II. Méthodologie de cette revue de la littérature	11
III- Aspects sociaux : société, genre et santé mentale	11
A. Définir le genre	11
a. Définitions et terminologie.....	11
b. Historique de la définition du genre en sciences sociales	12
B. Théoriser le genre.....	14
a. Le constructivisme social	14
b. Les <i>gender studies</i> : le genre, de concept normatif à outil critique.....	16
c. Controverses et évolution	20
C. Les représentations sociales en santé mentale.....	23
a. Généralités	23
b. En fonction du genre	25
D. Impact du genre sur les comportements de santé	27
IV. Aspects cliniques et psychopathologiques: impact du genre sur l'expression des troubles psychiatriques	29
A. Le biais du genre dans le diagnostic psychiatrique: généralités	29
B. La dépression	31
a. Théorie de l'artefact	32
b. Des symptômes dépressifs différents entre hommes et femmes ?	36
c. Un problème de seuil ?.....	39
d. Sous-détection de la dépression masculine : outils diagnostiques	41
e. Un biais chez les médecins ?	46
C. Les troubles de personnalité	52
a. Construction sociale et approche critique du DSM.....	52

b. Une différence dans l'expression des troubles en fonction du genre	54
c. Un biais diagnostique chez les cliniciens	56
V. Discussion	61
VI. Conclusion	65
BIBLIOGRAPHIE:	67

I- Introduction

Le genre représente les rôles sociaux et les comportements considérés comme appropriés pour les hommes et les femmes, se différenciant ainsi du sexe biologique. Bien qu'étant un concept encore aujourd'hui débattu et controversé, le genre reste largement intégré dans de nombreux domaines de recherche de par le monde : depuis la fin des années 1950, de nombreuses études ont en effet participé à théoriser ce concept. Le genre représente un prisme incontournable pour l'étude des maladies mentales et de leur impact sur la vie des hommes et des femmes. Les recherches épidémiologiques en psychiatrie reposent en effet sur l'identification des prévalences des différentes pathologies en fonction du genre. Les enquêtes relèvent une prévalence plus élevée de troubles dits « internalisés », comme la dépression, les troubles somatoformes, les troubles du comportement alimentaire ou les troubles anxieux, chez les femmes et une prévalence plus élevée de troubles dits « externalisés », tels que les abus de substances, le trouble de la personnalité antisociale, le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, ou les troubles du comportement avec agressivité chez les hommes (1).

Les concepts de genre et de maladie mentale ont souvent emprunté des chemins communs au cours de l'histoire. En prenant l'exemple du diagnostic d'hystérie, paradigme génésique de la folie féminine, la psychiatrie se situe souvent au carrefour du biologique et du social, entre contraintes politiques, économiques, sociétales et sanitaires. Au cours des siècles, la psychiatrie a également pu être instrument de pouvoir, d'exercice des normes et de légitimation des rôles sociaux. Sur ce plan, le concept de genre rejoint ainsi celui de la maladie mentale ; en effet, dans ces deux domaines, les normes sociales semblent déterminantes dans la définition du normal et du pathologique.

Dans ce travail, nous tenterons d'identifier et de comprendre l'impact du genre sur le diagnostic en psychiatrie, à travers une revue de la littérature internationale. Dans une première partie, nous aborderons les aspects sociétaux du genre et de la maladie mentale. Dans une seconde partie, nous aborderons l'impact du genre sur le diagnostic psychiatrique à travers les aspects cliniques et psychopathologiques de deux troubles très présents dans la littérature sur ce sujet : la dépression et les troubles de personnalité. Enfin, nous discuterons des solutions émergentes afin de réduire l'impact du genre sur le diagnostic psychiatrique.

II. Méthodologie de cette revue de la littérature

Cette revue de la littérature internationale a été réalisée à partir des bases de données PubMed et Google Scholar avec la recherche des mots clés suivants : « gender » « bias » « diagnosis » « psychiatric ». Les fonctions « related articles » de PubMed et « Other articles » ont également été utilisées afin d'identifier les possibles textes additionnels. Seuls les articles écrits en français et en anglais pouvaient être inclus dans ce travail. Les articles traitant de sexe biologique ou se penchant sur des caractéristiques génétiques ou neurobiologiques ont été exclus.

Ont également été inclus des extraits de livres, des articles de presse et des documents officiels disponibles en ligne.

III- Aspects sociaux : société, genre et santé mentale

A. Définir le genre

a. Définitions et terminologie

Selon l'OMS, « Le mot "genre" sert à évoquer les rôles qui sont déterminés socialement, les comportements, les activités et les attributs qu'une société considère comme appropriés pour les hommes et les femmes », se différenciant ainsi du mot « sexe » « se rapportant à des caractéristiques biologiques et physiologiques qui différencient les hommes et les femmes » (2). En sciences sociales, il est défini en tant que catégorie d'analyse « qui rassemble en un seul mot un ensemble de phénomènes sociaux, historiques, politiques, économiques, psychologiques qui rendent compte des conséquences pour les êtres humains de leur appartenance à l'un ou à l'autre sexe » (3).

Le genre en tant que concept social n'a pas de définition propre dans les dictionnaires français (4). Dans la langue française, ce mot a d'abord eu le sens de « catégorie, type, espèce » puis le sens de « sexe », majoritairement associé au genre grammatical. En effet, selon le bulletin officiel du 22 septembre 2005 de la Commission

générale de terminologie et de néologie : « le mot *sexe* et ses dérivés *sexiste* et *sexuel* s'avèrent parfaitement adaptés dans la plupart des cas pour exprimer la différence entre hommes et femmes, y compris dans sa dimension culturelle, avec les implications économiques, sociales et politiques que cela suppose. La substitution de "genre" à *sexe* ne répond donc pas à un besoin linguistique et l'extension de sens du mot "genre" ne se justifie pas en français ». La Commission a donc déconseillé l'extension du terme « genre » dans cette acception, réservant son emploi pour l'expression du « genre grammatical » (5).

En anglais cependant, le mot *gender* est utilisé de manière courante afin de qualifier les différences non biologiques entre les hommes et les femmes (6), ce serait donc via des traductions anglaises que ce terme aurait pénétré les sciences sociales françaises. Néanmoins, on retrouve des traces de l'utilisation du terme *genre* au sens non grammatical du terme mais bien pour désigner des différences homme/femme dans plusieurs textes français, dont certains remontant au XVI^{ème} siècle par l'écrivain Henri-Corneille Agrippa (7).

Récemment, le concept de genre a fait l'objet de plusieurs débats politiques et juridiques, et d'oppositions virulentes. C'est finalement le terme d' « identité sexuelle » et non pas celui d'« identité de genre » qui a par exemple été retenu comme nouveau motif de discrimination prohibé par l'article 225-1 du Code pénal (8).

b. Historique de la définition du genre en sciences sociales

En France, on retrouve des écrits dès le siècle des Lumières utilisant le couple *sexe/genre* en parallèle avec le couple *nature/culture*, source de débats entre physiologie sexuelle et construction sociale. Le XVIII^{ème} siècle voit émerger une pensée féministe questionnant la construction culturelle du rôle de femme, s'opposant aux discours « naturalisants » autour de la femme, alors relayés par de nombreux médecins-philosophes.

Mais c'est véritablement en sciences sociales que ce concept a pu être théorisé : Emile Durkheim (considéré comme l'un des fondateurs de la sociologie moderne) dès 1897 dans *La Prohibition de l'inceste et ses origines*, met en avant les différences non biologiques entre les hommes et les femmes et tout ce que cela implique en terme de tenue vestimentaire, de fonction sociale, professionnelle, de comportement. Il y déconstruit de manière historique et anthropologique la notion d'inceste, dont la prohibition ne serait selon lui en rien l'interdiction faite à des consanguins d'entretenir des relations sexuelles mais

l'obligation pour des individus de contracter des alliances hors de leur groupe, et donc d'exogamie, en lien selon lui avec la « crainte du sang ». Ainsi, il trouve une origine sociale à un tabou dont l'origine était jusqu'à présent comprise comme purement biologique:

« Suivant toute vraisemblance si, dans nos écoles, dans nos réunions mondaines, une sorte de barrière existe entre les deux sexes, si chacun d'eux a une forme déterminée de vêtements qui lui est imposée par l'usage ou même par la loi, si l'homme a des fonctions qui sont interdites à la femme alors même qu'elle serait apte à les remplir, et réciproquement ; si, dans nos rapports avec les femmes, nous avons adopté une langue spéciale, des manières spéciales, etc., c'est en partie parce que, il y a des milliers d'années, nos pères se sont fait du sang en général, et du sang menstruel en particulier, la représentation que nous avons dite. Non sans doute que, par une inexplicable routine, nous obéissions encore, sans nous en rendre compte, à ces antiques préjugés, depuis si longtemps dépourvus de toute raison d'être. » (9).

Cette approche constructiviste sera reprise par de nombreux sociologues du siècle suivant, agrémentée des recherches de l'anthropologue Margaret Mead, qui promeut dès 1935 le concept de « rôle sexué », ancêtre du genre (10) et des écrits du psychologue John Money en 1955 qui introduit le concept de « rôle de genre » :

« Le terme de rôle de genre est utilisé pour désigner tout ce que dit ou fait un individu pour se dévoiler [...] comme ayant, respectivement, le statut de garçon ou d'homme ou bien de fille ou de femme. Il inclut, sans y être limité, la sexualité au sens de l'érotisme » (11).

Le concept d' « identité de genre » quant à lui est introduit dans les années 1960 par le psychanalyste Robert Stoller pour désigner « le sentiment qu'on a d'appartenir à un sexe particulier ; il s'exprime cliniquement par la conscience d'être un homme ou un mâle par distinction d'être une femme ou une femelle », notamment afin de comprendre la séparation chez certains patients entre corps et identité, de là l'idée qu'il n'existe pas une réelle correspondance entre le genre (masculin/féminin) et le sexe (homme/femme) (12). En 1972, John Money considère, de manière convergente, que « le rôle de genre est l'expression publique de l'identité de genre et l'identité de genre, l'expression privée du rôle de genre » (13). En parallèle, la sociologue Ann Oakley en 1972 se rapprochera plutôt de l'articulation entre nature et culture de Claude Levi-Strauss afin de renvoyer le genre au culturel et le sexe au biologique (14).

C'est à partir des années 1980, sous l'influence de la pensée de Michel Foucault, que le genre est étudié dans son rapport au pouvoir et aux normes sociales. On retrouve alors de plus en plus d' « études de genre » (*gender studies*), au-delà du champ de la sociologie et notamment en histoire.

Enfin, le genre et son « injonction normative » sont à la base des réflexions de Gayle Rubin et Judith Butler à partir des années 1990 dans leurs études sur les minorités sexuelles.

B. Théoriser le genre

a. Le constructivisme social

« *On ne naît pas femme, on le devient* » (Simone de Beauvoir, *Le Deuxième sexe*, 1949).

Discuter de l'impact du genre nécessite d'en expliquer le modèle théorique en sciences sociales. Le constructivisme social a été théorisé pour la première fois en 1966 par Berger et Luckman dans leur essai *La Construction sociale de la réalité* (15). Cette approche permet d'envisager la réalité sociale et les phénomènes sociaux comme étant « construits », c'est-à-dire créés, institutionnalisés et, par la suite, transformés en traditions. L'idée est que « *l'ordre social ne fait pas partie de la "nature des choses", [et qu'il] ne peut pas être dérivé des "lois de la nature"* ».

En s'inscrivant dans une perspective phénoménologique (partir des individus et de leurs interactions dans un système donné) et s'appuyant sur les écrits d'Emile Durkheim et du sociologue et philosophe Alfred Schütz (fondateur de la sociologie phénoménologique dans la première moitié du XXème siècle, et qui a notamment introduit le terme de typification), les auteurs introduisent le concept de construction sociale et en décrivent les différentes étapes :

- La *typification* : le fait d'ériger en type les différents aspects du monde social. Schütz prenait l'exemple des catégories socio-professionnelles : la typification permet d'associer un rôle et une fonction à un avocat, un facteur ou autre, et donc de situer l'inconnu dans l'édifice social, et d'adopter une conduite à son égard. Selon Schütz, la typification est très fortement entrelacée au langage (16), et constitue un « stock de connaissances sociales ». Il illustrera ce concept dans

son essai « L'Étranger » en 1944-45, basé sur sa propre expérience d'immigration : l'étranger ne possède pas ce stock, et toutes ses significations du monde social sont à reconstruire (17).

- La *transmission* des typifications, qui s'effectue donc grâce au langage.
- L'*institutionnalisation*, qui « se manifeste chaque fois que des classes d'acteurs effectuent une typification réciproque d'actions habituelles [...]. Chacune de ces typifications est une institution ».
- Et l'*extériorisation*, qui se réalise par la *légitimation* et la *socialisation*.

La légitimation contient 4 niveaux, allant des objectivations linguistiques (l'usage et l'évolution d'une langue) à la construction d'univers symboliques. Ainsi s'intègrent des notions de pouvoir :

« La confrontation des univers symboliques alternatifs implique un problème de pouvoir : quelle est celle qui, parmi les définitions conflictuelles de la réalité "collera" à la société ? Deux sociétés s'affrontant avec des univers conflictuels développeront toutes les deux des machineries conceptuelles destinées à maintenir leurs univers respectifs. [...] La victoire de l'une ou de l'autre, cependant, dépendra plus du pouvoir que de l'innocence théorique des légitimateurs respectifs. »

Concernant la notion de socialisation, les auteurs en nomment deux types, primaire et secondaire : si la socialisation primaire consiste en l'appréhension du monde social en tant que réalité signifiante (durant l'enfance, dépendante de la condition sociale, de l'éducation, etc.), la socialisation secondaire permet à l'individu, déjà socialisé, d'absorber de nouvelles réalités liées à son investissement dans de nouveaux secteurs de la vie sociale : *«La socialisation secondaire est l'intériorisation de "sous-mondes" institutionnels ou basés sur des institutions »*. Les auteurs soulignent cependant la relative autonomie du sujet concernant ces processus de socialisation secondaire : le sujet peut en effet s'approprier ses expériences et créer ses propres modalités de socialisation. Ce processus varie donc d'un individu à l'autre et n'est pas d'emblée déterminé. Ils notent également la possibilité de *« socialisation ratée »* (terme qui sera par la suite repris par d'autres auteurs afin de le rendre moins normatif, mettant plutôt en avant l'aspect pluriel des mondes que le sujet rencontre) entraînant des questionnements identitaires, *« quand il y a absence de continuité et de cohérence dans la construction du monde intériorisé par le sujet »*, faisant ainsi le lien avec le domaine de la psychologie (18).

Cette approche, permettant l'étude des mécanismes de construction et de reproduction sociale, a été reprise par de nombreux sociologues, historiens et philosophes afin de mieux appréhender des phénomènes sociétaux et particulièrement la question du genre.

b. Les *gender studies* : le genre, de concept normatif à outil critique

C'est à la fin du XX^{ème} siècle qu'un nouveau champ de recherche voit le jour, principalement aux Etats-Unis et en France. Porté par l'essor de la *French theory* et la naissance du poststructuralisme, le genre devient une catégorie d'analyse à part entière intéressant plusieurs domaines : c'est la naissance des *gender studies*.

Bien qu'il n'en ait jamais parlé de manière directe, les écrits de Michel Foucault ont inspiré de nombreux chercheurs sur la question du genre, de par son approche que l'on peut qualifier de poststructuraliste (qui considère que les sciences humaines sont instables, due à la complexité des humains eux-mêmes, et les phénomènes sociaux sont impossibles à étudier sans les dissocier de leur structure, par exemple le langage). Dans son ouvrage *Histoire de la sexualité* (19), publié entre 1976 et 1984, le philosophe questionne et analyse ainsi les notions de pouvoir entrant en jeu, tant sur le plan religieux que politique, autour des questions de sexualité. En relisant plusieurs auteurs anciens (Aristote, Saint François de Sales, Galien et autres), il discute comment le droit et la morale ont contribué au cours des siècles à élaborer une norme du masculin et du féminin. Il introduit ainsi les notions de « *biopouvoir* » et de « *micropouvoir* » (produisant des discours permettant de contrôler qui est ou non dans la norme), « *qui, silencieusement, inventent les formes de domination* »:

« *Le problème à la fois politique, éthique, social et philosophique qui se pose à nous aujourd'hui n'est pas d'essayer de libérer l'individu de l'État et de ses institutions, mais de nous libérer, nous, de l'État et du type d'individualisation qui s'y rattache. Il nous faut promouvoir de nouvelles formes de subjectivité.* » (*Le Sujet et le Pouvoir*, 1982 (20)).

Foucault aborde également le thème de la psychanalyse et de la santé mentale, notamment dans son ouvrage *Histoire de la Folie à l'âge classique*, par une approche à la fois historique et épistémologique.

C'est en reprenant ces concepts que se positionnent plusieurs auteures féministes : le genre est alors utilisé pour désigner des rapports sociaux entre les sexes et une manière d'indiquer des constructions sociales.

En anthropologie, Ann Oakley en 1972, défend le primat du déterminisme culturel sur le déterminisme biologique dans une perspective constructiviste qui veut que « *les enfants se transforment ainsi en adultes qui sont non seulement conscients de leurs rôles de sexe mais aussi qui, au fil de longues années d'apprentissage, les assimilent et en font une part de leur personnalité* » (14). Elle s'intéresse à la biologie humaine, s'opposant notamment aux idées reçues sur le rôle des hormones dans les comportements féminins, et au domaine de la psychiatrie, en démontrant que la diversité culturelle des comportements sexuels est surtout liée aux valeurs et aux normes sociales, et ainsi avoir une approche critique des théories freudiennes. Plus tard, en 1996, l'anthropologue Françoise Héritier (21), en s'intéressant aux systèmes de parenté, introduit la notion d'« *universalité* » de ce qu'elle nomme « *la valence différentielle* » des sexes. Pour elle, toute pensée de la différence est aussi une classification hiérarchique, et cette « *valence universelle* » résulterait d'une « *volonté de contrôle de la reproduction de la part de ceux qui ne disposent pas de ce pouvoir* ». Cette approche structuraliste peut être opposée à celle de Pierre Bourdieu (22) qui préfère le terme de « *domination masculine* » (intégrant des notions de pouvoir) au terme de « *valence différentielle* ».

L'apport de l'histoire a également été déterminant dans la théorisation du genre. L'historienne Joan W. Scott, dans son article « *Genre : une catégorie utile d'analyse historique* » (1988) (23) permet d'affiner la théorisation du genre par l'historicisation. Elle y reprend différentes théories avancées par les historiennes et les discute :

- La théorie du patriarcat, qui met en évidence la domination sexuelle des hommes sur les femmes, avec un phénomène de « *réification sexuelle* » qui serait « *le processus primaire de l'assujettissement des femmes* ». Pour Scott, cette théorie a ses limites dans le fait qu'elle reste basée sur des différences physiques, revêtant ainsi « *un caractère universel et immuable* » : « *elle présuppose un sens permanent ou inhérent au corps humain* ».

- Les féministes marxistes, qui stipulent que le capitalisme entraîne avec lui l'oppression des femmes, comparant la position des femmes par rapport aux hommes à la position des ouvriers par rapport aux patrons, mettant ainsi l'accent sur la causalité

économique et politique des inégalités de genre. C'est dans cette perspective que s'inscrivent l'économiste féministe américaine Heidi Hartmann (24) mais également la sociologue féministe française Christine Delphy, qui va plus loin dans cette théorie en créant en 1975 le « féminisme matérialiste » (25) (en référence au matérialisme historique de Karl Marx) : l'accent est mis cette fois sur le fait que l'émancipation des femmes ne passerait pas uniquement par l'abolition du capitalisme seul (dont découlerait directement le patriarcat selon les thèses marxistes) mais que le patriarcat et le capitalisme agissent bien en interaction pour créer et transformer les systèmes de genre, et doivent donc être combattus simultanément. Les limites de ces théories selon Scott résideraient dans le fait que les rapports de sexe ne seraient ainsi fondés que sur des rapports de production, et qu'ainsi « *le genre n'a pas son propre statut d'analyse* ».

- La théorie psychanalytique, qui s'intéresse aux processus par lesquels est créée l'identité de genre dans les premières étapes de développement de l'enfant. Selon les écoles, ces théoriciens mettent en évidence soit la relation d'objet, l'influence de l'expérience concrète et par là, le système de parentalité (comme Nancy Chodorow (26)), soit, par une approche plutôt poststructuraliste, le rôle central du langage dans la communication, l'interprétation et la représentation du genre (s'inspirant alors plutôt des théories Lacaniennes). La réserve de Scott sur la théorie de la relation d'objet est que le concept de genre serait limité à la sphère de la famille et à l'expérience domestique, ce qui ne permettrait pas à l'historien de lier ce concept à d'autres systèmes socio-économiques, politiques ou de pouvoir. Elle trouve plus intéressante l'attention aux systèmes symboliques et notamment au langage (qui est, selon la théorie lacanienne, la clef de l'accession de l'enfant à l'ordre symbolique). Le parallèle fait entre la menace de castration et le rapport de l'enfant à la loi ferait postuler que l'imposition des règles de l'interaction sociale est sexuée de manière inhérente et spécifique. Mais, comme les mots eux-mêmes, l'identification de genre serait en fait extrêmement instable, et cette théorie permettrait ainsi d'introduire la notion de « *conflit permanent entre le besoin qu'a le sujet d'une apparence de totalité et l'imprécision, la relativité de la terminologie et sa dépendance à l'égard de la répression* ». En ce sens, le sujet se trouverait « dans un processus constant de construction ». Elle reste cependant sceptique concernant la tendance qu'a la théorie lacanienne « *d'universaliser les catégories et le rapport entre masculin et féminin. [...] Elle ne permet pas d'introduire une notion de spécificité et de variabilités historiques. Le phallus est le seul signifiant ; le*

processus de construction du sujet genré est [...] prévisible puisque toujours le même ». Ainsi, l'antagonisation sexuelle revêt une dimension « éternelle », qui peut mener selon Scott à des extrapolations (en citant les travaux de Carol Gilligan, Lawrence Kohlberg et l'éthique du *care* (27)) menant à définir les catégories homme/femme comme « *une opposition binaire qui s'auto-reproduit* ».

Ainsi, selon Scott, « *le genre est un élément constitutif de rapports sociaux fondés sur des différences perçues entre les sexes et le genre est une façon première de signifier les rapports de pouvoir* ». Le genre implique selon elle 4 éléments : des symboles, des concepts normatifs (exprimés par des doctrines), des aspects politiques, et un aspect d'identité subjective, qu'elle théorise en s'inspirant des travaux anthropologiques de Gayle Rubin et de la théorie lacanienne qui permettent « *une description de la transformation de la sexualité biologique des individus au fur et à mesure de leur acculturation* ». Elle conclut sa théorie par un fait :

« Nous ne pouvons écrire l'histoire de ce processus [politique] que si nous reconnaissons qu' « homme » et « femme » sont à la fois des catégories vides et débordantes parce que, même quand elles semblent fixées, elles recèlent malgré tout, en elles-mêmes, de définitions alternatives, niées ou réprimées » (23).

C'est dans la continuité et en parallèle de ces théories que s'inscrit Judith Butler. La philosophe américaine, dans son essai *Gender Trouble, Feminism and the Subversion of Identity* (1990) (28), s'écarte de la notion d'identité de genre introduite par John Money, considérant que « la femme » est une catégorie complexe (à cause de l'interaction entre l'ethnie, la classe sociale, la sexualité et d'autres facettes de l'identité). Elle ajoute que le genre est « performatif » : il n'y a pas d'identité derrière les actes censés « exprimer » le genre et ces actes constituent - plutôt qu'ils n'expriment - l'illusion d'une identité de genre stable. Ainsi, constitué par la réalisation de performances, le genre « femme » (comme le genre « homme ») reste sujet à interprétation et "re-signification". C'est par ce biais qu'elle s'intéressa particulièrement à la théorie *queer* et aux transgenres : « *les transgenres manifesterait, par excellence, un «trouble dans le genre»: c'est qu'ils ou elles (...) peuvent rendre visible la norme, habituellement invisible, à force d'en jouer, voire de s'en jouer pour se l'approprier* ». Elle promeut ainsi la subversion, puis la déconstruction du genre, notamment dans *Défaire le genre* (2004), où elle adopte un discours plus politisé et où elle critique vivement les théories de John Money à la suite de l'affaire David Reimer (connu sous

le nom de « cas John/Joan ») : David était un garçon qui, à la suite d'une circoncision ratée visant à traiter un phimosis, subit une penectomie à l'âge de 8 mois. Sur les conseils de John Money, alors considéré comme un psychologue pionnier du développement sexuel, ses parents acceptèrent de lui retirer chirurgicalement ses testicules à 22 mois et de l'élever comme une fille qu'ils nommèrent « Brenda ». Il suivit des séances régulières avec le psychologue, qui comptait alors prouver que l'identité sexuée était essentiellement due à l'éducation. Cependant, David ne s'étant jamais considéré comme une fille voulut, à l'âge de 15 ans, retrouver son identité masculine. Il publia son histoire afin de lutter contre les réassignations sexuelles non consenties, et finit par se suicider à l'âge de 38 ans. Pour Butler, cette histoire révèle « *la brutalité et la violence des chirurgies imposées aux enfants intersexes* » et amène à réfléchir à la façon dont les normes de genre sont produites, internalisées et utilisées (29). Dans ses ouvrages, elle propose également une relecture des écrits de psychanalyse, notamment ceux de Freud et de Lacan, dans une logique similaire à celle de Joan Scott.

Ainsi, de très nombreux travaux voient le jour, dans des domaines aussi variés que la médecine, l'économie, la géographie... et progressivement la sphère politique. Le genre questionne, il provoque, mais il dérange aussi.

c. Controverses et évolution

Après l'essor des *gender studies*, le mouvement perd en effet de son intensité à la fin du XXème siècle. Le débat sur le genre prend un aspect plus politisé, perdant, selon Judith Butler, son caractère critique et son empreinte féministe (30). Le genre est souvent confondu avec le sexe biologique, notamment dans les articles universitaires scientifiques.

« Alors que nous approchons de la fin des années Quatre-vingt dix, le « genre » semble avoir perdu sa capacité à nous étonner et à nous provoquer. Aux États-Unis, il fait désormais partie de « l'usage ordinaire » : on le propose couramment comme synonyme de femmes, de différence entre les sexes, de sexe. Parfois, il signifie les règles sociales imposées aux hommes et aux femmes, mais il ne renvoie que rarement au savoir qui organise nos perceptions de la « nature ». [...] En réalité, bien des chercheuses féministes qui utilisent le mot « genre » rejettent en même temps explicitement la prémisse qui considère « hommes » et « femmes » comme des

catégories historiquement variables. » Joan W.Scott, *Gender and The Politics of History* (31).

Questionnée sur l'évolution du concept de genre en France et dans le monde, Judith Butler ajoute :

« Si l'on s'interroge sur comment le « genre » voyage à travers des frontières nationales, ou plus spécifiquement, sur lesquelles, il faut alors se demander comment il change de sens et de force du fait de cette traversée. Il se trouve inévitablement pris dans la politique de l'immigration, de race et de classe, des flux et des blocages du capital, et en ce sens, il ne sera aucunement compréhensible sans recourir à la carte politique plus large sur laquelle il s'inscrit et qu'il peut brouiller – ou pas ». (30)

L'usage médiatique du mot contribue à en brouiller la définition : le genre devient un courant de pensée, une revendication militante, une cause politique (32) .

Accompagnant cette expansion et au fur et à mesure de l'entrée de la notion de genre dans les universités, plusieurs sociologues commencent à s'intéresser à la question du genre masculin, gardant un point de vue féministe, ou non : les *men's studies*. La sociologue australienne Raewyn Connell dans son ouvrage *Masculinities* en 1995 (33), développe par une approche matérialiste le concept de « masculinité hégémonique », gardant pour pierre angulaire l'idée féministe fondamentale que les relations entre les sexes « impliquent l'oppression et la domination », et questionnant les rapports de domination entre groupes d'hommes, par exemple entre homosexuels et hétérosexuels. Les études franco-québécoises de Dagenais et Devreux (34) questionnent les transformations dans les pratiques et les représentations masculines qu'ont pu engendrer l'essor du féminisme, critiquant l'« immobilisme » de Pierre Bourdieu et soulignant l'ambiguïté de certains auteurs qui « *[se perdirent] souvent dans les méandres d'états d'âmes d'hommes mal dans leur peau d'opresseur* ».

Le début du XXI^{ème} siècle voit naître le *masculinisme* : partant d'une hypothèse de « crise de la masculinité » contemporaine, où les hommes se trouveraient diminués ou discrédités sur le plan social et intime, ce qui porterait atteinte à l'« identité » et la « condition masculine », plusieurs auteurs et politiques se positionnent dans une idéologie ouvertement patriarcale et anti-féministe (35). Cette idéologie est combattue par de nombreux auteurs contemporains dont Le Feuvre, Neveu, Thiers-Vidal et Dupuis-Deri, qui

appelle plutôt les hommes à « *s'engager dans un processus de disempowerment [...] et d'une mise à disposition pour les féministes dont ils se constituent auxiliaires* » (36).

En France, le genre s'est longtemps heurté à des résistances. L'ouvrage de Judith Butler par exemple, n'a été publié en Français qu'en 2005. C'est à la fin des années 1990 que le genre a pris une place plus importante sur le plan politique, engendrant plusieurs débats, depuis la loi sur le PACS, la question du « voile islamique » jusqu'à, plus récemment, le harcèlement sexuel. Un nouveau mouvement voit le jour en 2011, accompagnant une rumeur d'introduction du genre dans les manuels scolaires et alors que le débat sur la loi pour le « Mariage pour tous » débute. Le 7 décembre 2012 est reçue à l'assemblée nationale une demande de commission d'enquête signée par plusieurs députés « Sur l'introduction et la diffusion de la théorie du *gender* en France » (37) . Plusieurs voix s'élèvent donc contre ce que les opposants au genre nomment alors « la théorie du genre » : ce terme permet en effet de discréditer les travaux autour du concept de genre, le rendant ainsi « théorique », et donc soumis à un positionnement idéologique (voire politique) discutable. Certains parleront en effet « d'idéologie de genre », et le pape François de « colonisation idéologique » (38). Ce discours réactionnaire, en réalité d'origine religieuse car introduit initialement par l'église catholique et par le Vatican dès les années 1990, veut faire « la promotion de la différence et de la complémentarité entre les sexes comme fondement de l'humain » (39). En publiant en 2003 (en italien) puis en 2005 (en français) le « *Lexique des termes controversés sur la famille, la vie et les questions éthiques* », le Vatican préfère promouvoir alors une « *égalité dans la différence* », parlant de « génie féminin », en insistant sur la « complémentarité des sexes » et prêchant l'« égale dignité ». Le but majeur est de présenter cette « théorie du genre » comme une tentative de « débiologiser » l'être humain, et de gommer les différences biologiques entre les sexes, non pas en séparant le naturel du culturel, mais bien en niant le naturel. Le prêtre et psychanalyste Tony Anatrella l'explique ainsi en préface du *Lexique* : « *La théorie du genre laisse entendre que chacun construit son « identité sexuelle » et que l'on peut même en changer en fonction des fluctuations de ses tendances, c'est-à-dire ses désirs* » (32). La Vatican invite ainsi à une « renaturalisation » de l'humain, encourageant les rassemblements en ce sens (d'où le terme de « croisade anti-genre », titre du livre de Sara Garbagnoli (39)). Ainsi, en Italie surtout, des « conférences anti-genre » sont organisées au sein des salles paroissiales, puis en France entre 2011 et 2013, où ce mouvement prend

particulièrement de l'essor et gagne la rue avec la « Manif' pour tous », en opposition à la loi en faveur du mariage homosexuel.

On repère ainsi que le genre a été l'objet de nombreux débats mais fait également partie intégrante de la société, du façonnement des individus et donc des représentations qui peuvent les accompagner.

C. Les représentations sociales en santé mentale

a. Généralités

Au cours des siècles, la pathologie mentale a fait l'objet de représentations variées et multiples, toujours en lien avec le modèle sociétal d'une époque. Ayant largement inspiré le domaine artistique, on retrouve la thématique de la *folie* dans de nombreuses œuvres littéraires, picturales, et aujourd'hui cinématographique, gagnant également de plus en plus la sphère médiatique. Ainsi, les représentations de la pathologie mentale dans la population générale sont multiples, souvent stigmatisantes et encore aujourd'hui parfois très écartées des conceptions médicales psychiatriques.

En sociologie, le concept de représentation sociale peut être défini ainsi : « *une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* » indiquant ainsi que « *toute réalité est représentée, c'est-à-dire appropriée par l'individu ou le groupe, reconstruite par son système cognitif, intégrée dans son système de valeurs dépendant de son histoire et du contexte social et idéologique qui l'environne* » (40). Ce concept s'inscrit dans la thèse constructiviste, basée sur les écrits de Durkheim puis Moscovici en 1961. Les travaux sur les représentations sociales des maladies montrent en effet qu'il existe une pensée « profane » sur la maladie, distincte de ce qu'en disent les « experts ». La maladie est à la fois une réalité décrite, expliquée et traitée par la médecine et une expérience individuelle avec ses retentissements. C'est ainsi que les travaux d'anthropologie médicale ont repris les termes anglosaxons de la maladie afin de différencier « *illness* » (maladie-du-malade, ou vécu subjectif du malade), « *disease* » (maladie-du-médecin, objectivée à partir des altérations biologiques), et « *sickness* » (maladie socialisée, abordée comme charge symbolique pour

l'ensemble du groupe social). Les auteurs de l'enquête « Santé et représentations sociales » de 2009 (41) proposent un schéma systémique intéressant regroupant ces éléments :

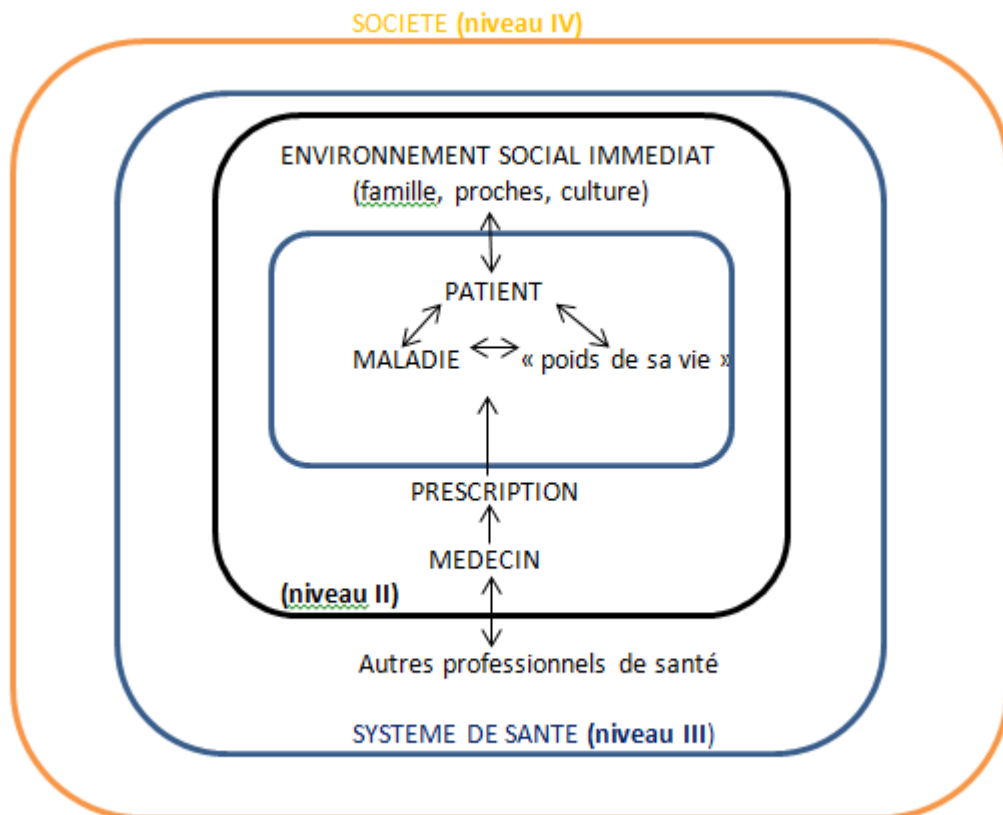


Figure 1- « Maladie et société » d'après le modèle proposé par Jeoffrion, 2009

Aborder les maladies sous l'angle des représentations permettrait donc de comprendre les comportements qui y sont associés : en effet, selon l'anthropologue Marcel Mauss : « Nous ne sommes sûrs qu'il y a représentation que quand il y a comportement » (42).

L'étude « Santé et représentations sociales » compare des représentations sociales en santé chez les professionnels de santé et les non professionnels de santé, par le biais d'association de mots à plusieurs termes proposés (par exemple le terme de « maladie »). Les auteurs retrouvent des associations communes entre les deux groupes, mais également des spécificités liées à un ancrage professionnel distinct : les professionnels de santé étaient essentiellement centrés sur des aspects descriptifs alors que les non professionnels de santé focalisaient plus leur attention sur les aspects affectifs et le vécu (40).

Une étude publiée en 2010 réalisée en France entre 1999 et 2003 par le CCOMS et la DREES interrogeait 36 000 personnes sur leurs représentations de la maladie mentale à travers trois archétypes fabriqués historiquement, socialement, culturellement et médicalement : le « fou », le « malade mental » et le « dépressif » (43). Dans leur article publié dans *l'Encéphale*, les auteurs retrouvaient que 75% des enquêtés associaient les termes « fous » et « malade mental » à des comportements violents et dangereux (comme commettre un viol, un inceste ou un meurtre), ayant ainsi des barrières très floues avec la criminalité et la délinquance.

Les auteurs de cet article mettent en lien ces représentations avec le fait que la problématique de la déviance est inhérente à celle de la maladie mentale : en effet, les comportements attribués au fou, au malade mental sont aussi considérés par les enquêtés comme anormaux, créant ainsi le processus de stigmatisation (en effet, rappellent les auteurs, dans le dictionnaire Larousse, le nom et adjectif « anormal » est défini par « déséquilibré, fou ») (44). La cause supposée d'un trouble est également pointée : pour le fou, il s'agirait de sa nature même, pour le malade mental d'un processus endogène et pour le dépressif de causes environnementales, donc moins stigmatisant, ce qui expliquerait la stratégie employée par de nombreux patients et psychiatres « se dire dépressif, soit fréquentable ».

b. En fonction du genre

De nombreux travaux ont tenté de déterminer en quoi ces représentations varient en fonction de l'ethnie, du genre ou de l'âge de la personne souffrant de troubles mentaux. Des études récentes montrent par exemple que les femmes sont plus souvent représentées dans les médias comme faibles et vulnérables alors que les hommes sont plus souvent renvoyés à une image agressive et insensible (45).

Dans le traitement des faits divers criminels, les médias dresseraient plus fréquemment un portrait sympathique et compatissant des femmes auteures comparées aux hommes qui sont décrits comme menaçants et pourvus de motivations malsaines. Ce phénomène découlerait de ce que plusieurs criminologues ont appelé « l'hypothèse chevaleresque » (« Chivalry hypothesis ») (46), qui serait le produit d'une société patriarcale dont les membres de justice et de police sont essentiellement de genre masculin et seraient

donc tentés d'adopter une approche plus protectrice et compatissante envers les femmes criminelles. Une étude canadienne en 2014 a exploré si ce phénomène était actif dans les articles de presse traitant de pathologie mentale : après comparaison d'articles canadiens traitant de crimes commis par des hommes et des femmes atteints de pathologie mentale, les auteurs retrouvaient un contenu stigmatisant avec une thématique du danger significativement plus importante dans les articles traitant d'hommes et des thèmes significativement plus positifs (intégrant les notions de guérison, de contexte et plus focalisés sur l'étiologie des troubles) dans ceux traitant de femmes (47). Les auteurs notent que cette représentation est subtilement communiquée à travers le ton et l'orientation des articles de presse autant que par l'inclusion thématique de certaines variables, incitant à plus d'empathie et de compassion envers les femmes. Ils remarquent également que le genre semble médier la relation entre le contenu stigmatisant et le reste du contenu de l'article, et que cette association n'est présente que dans les articles traitant de femmes. Néanmoins, la majorité (70%) des articles traitaient de faits divers commis par des hommes (en lien avec leur fréquence) et les faits comparés n'étaient pas forcément de la même nature entre homme et femme.

La littérature classique, à travers notamment les œuvres de Shakespeare, nous offre une vue intéressante des représentations de la *folie* et de l'impact du genre. Pour l'auteur Harper (45), les personnages d'Hamlet et d'Ophelia préfigurent la construction genrée de la maladie mentale : alors qu'Hamlet incarne la folie associée à une forme de génie intellectuel et imaginatif et donc sous contrôle, Ophélie sombre dans la folie alors que son désir sexuel est contrarié (repoussée par Hamlet), renvoyant aux conceptions de l'hystérie de l'époque et à l'érotomanie. Les comportements du personnage sur scène incarnent la négation de la féminité, apparaissant cheveux hirsutes, chantant des chants paillardes, jetant ses fleurs (symboliquement se déflorant), tant que son rôle fut partiellement censuré au cours du 18^{ème} siècle. Sa folie la mène à la mort par noyade, ayant inspiré de nombreuses œuvres picturales car représentant le personnage romantique par excellence. La folie de ces deux personnages peut se résumer à « Hamlet *pense* trop alors qu'Ophélie *ressent* trop ; elle se noie dans un excès de sentiments » (48).

Dans son ouvrage, Harper note également que dans le domaine cinématographique, et plus particulièrement dans le genre des comédies romantiques américaines, la maladie mentale des hommes est souvent représentée comme pouvant être « soignée par l'amour »,

comme dans les films *Mr Jones*, *Shine*, *She's so lovely* où, malgré leurs troubles, les personnages masculins parviennent à accéder au succès amoureux. Chez les personnages féminins, la folie revêt plus fréquemment une dimension soit tragique et désespérée (en prenant pour exemple les adolescentes des séries comme *Dawson*, *The OC*), soit passionnelle et transgressive (comme dans les films *Thelma et Louise*, *Crazy/Beautiful* ou *Mad love*). Dans les biopics, Haper identifie une influence importante des stéréotypes de genre sur la manière de dépeindre les personnages atteints de maladie mentale : lorsque pour les personnages masculins il s'agit d'un combat héroïque aboutissant à une forme d'accomplissement de soi (comme par exemple dans les films *A beautiful mind* ou *Pollock*), le combat intérieur des personnages féminins est empreint d'une vision plus tragique et sombre, aboutissant fréquemment à la mort (comme dans *The Hours*, *Sylvia* ou *Iris* de Richard Eyre) (45).

Ces conceptions genrées de la pathologie mentale peuvent être rapprochées de l'analyse de la sociologue britannique Joan Busfield dans *Men, Women and Madness* en 1996 (49) : les « perturbations » ou troubles comportementaux des hommes sont plus souvent rattachés à une conception de pouvoir, de contrôle et donc de responsabilité alors que chez les femmes, ces troubles sont plus souvent assimilés à une perte de contrôle, niant ainsi toute sorte de pouvoir.

D. Impact du genre sur les comportements de santé

C'est à travers ces représentations que se construisent les comportements de santé de chaque individu, et notamment en matière de recherche de soin. Régulièrement, l'OMS publie des programmes de santé visant à diminuer les inégalités d'accès au soin dans le monde : en 2009 est publié le rapport intitulé « Les femmes et la santé », qui met en avant les besoins spécifiques des femmes en matière de santé mais également comment les inégalités d'accès et de qualité de soins sont encouragées par la discrimination liée au sexe et leurs impacts socio-économiques. Concernant la santé mentale, les auteurs pointent que le suicide reste une des principales causes de décès chez les femmes de 20 à 59 ans, et ce partout dans le monde, et que les comportements suicidaires et la dépression restent un problème majeur en santé publique chez les adolescentes et les jeunes femmes. Ils mettent en évidence que « *si une santé mentale précaire a des causes variables selon les individus, le*

statut inférieur de la femme dans la société, la charge de travail et les violences qu'elle subit sont certainement des facteurs aggravants ». (50)

Les comportements en matière de recherche de soin dépendent de plusieurs paramètres : les moyens financiers, l'accès aux soins, mais aussi la pression sociétale et les représentations des maladies, corrélées au potentiel stigmatisant ou non d'une telle démarche.

Concernant les moyens financiers, les femmes dans le monde sont plus à risque d'être dans des situations de précarité compte tenu de leur proportion élevée au chômage, à temps partiel ou occupant des postes à faible rémunération car ayant souvent moins accès aux études supérieures. Mais, dans les sociétés occidentales notamment, les femmes sont également les plus à même à rechercher des soins en santé mentale, rendant ainsi leurs dépenses dans ce domaine plus importantes. Paradoxalement, ce sont également les femmes qui sont les plus nombreuses à dispenser des soins de santé.

La propension des femmes à rechercher des soins en santé mentale reste sous-tendue par plusieurs phénomènes : la représentation du genre féminin qui veut que les femmes aient moins le contrôle de leurs émotions et donc doivent rechercher de l'aide pour les gérer et la moindre stigmatisation chez les femmes quant à l'expression et la verbalisation de leurs émotions. Ce phénomène s'applique dans le cadre des pathologies mentales mais on peut observer l'effet inverse concernant certaines pathologies somatiques comme la tuberculose (51): en effet, et particulièrement dans les pays où les inégalités en matière de sexe sont importantes, les femmes sont souvent diagnostiquées plus tardivement que les hommes concernant les maladies somatiques, par manque de connaissances médicales sur les signes devant amener à consulter, par manque de moyens financiers, mais aussi par peur des conséquences socio-économiques d'un éventuel rejet de la part de leur mari ou de leur famille.

Chez les hommes, la recherche de soin en santé mentale est souvent plus faible, en lien avec des stéréotypes masculins hégémoniques de force, d'indépendance, et de responsabilité. Ce phénomène est, selon certaines études, également présent pour la recherche de soins en général, mais les données concernant le taux de consultation en médecine générale (plus élevé chez les femmes) pourraient être faussées par les consultations en lien avec la contraception et la reproduction. Certaines études suggèrent également un rôle de l'organisation des cabinets médicaux qui seraient considérés « *male-*

unfriendly » : réceptionnistes majoritairement femmes, prépondérance de documents explicatifs sur la santé des femmes et des enfants dans les salles d'attente (52). Courtenay questionne ce comportement comme étant à la base de la masculinité : quand un homme déclare « je n'ai pas été consulter un médecin depuis des années » il se positionne automatiquement dans une condition masculine (53). Une étude écossaise de 2005 interrogeant 55 patients hommes à propos de leurs comportements en matière de recherche de soins retrouve ces conceptions de la masculinité chez la majorité des participants, en particulier les plus jeunes (les sujets plus âgés ayant en partie expérimenté de graves problèmes de santé les ayant amenés à reconsidérer leurs positions). Le fait de « souffrir en silence » et d'endurer les problèmes, surtout émotionnels, faisait partie intégrante de leurs conceptions de la masculinité, la recherche de soin se présentant donc comme une menace directe envers celle-ci. Le rôle de leurs conjointes était fréquemment mis en avant dans les arguments les ayant fait consulter (en ayant légitimé la démarche), assimilant la recherche d'aide à un comportement féminin. Les auteurs relèvent cependant une certaine « hiérarchie des menaces envers leur masculinité » : les symptômes pouvant relever de consultation médicale, selon les sujets, sont la douleur (à partir d'un certain point) et, plus globalement, une entrave à une action. Ainsi, un pompier déclare qu'il n'a pas de difficulté à consulter pour préserver sa santé afin de pouvoir continuer à exercer son métier, qui est renforçant en terme de masculinité. De même, la dysfonction sexuelle était considérée par tous les participants comme un motif de consultation relativement urgent. Le syndrome de fatigue chronique était également considéré comme motif relevant d'une consultation médicale car à visée « restauratrice de leur identité masculine » (54).

IV. Aspects cliniques et psychopathologiques: impact du genre sur l'expression des troubles psychiatriques

A. Le biais du genre dans le diagnostic psychiatrique: généralités

« Le genre en soi, facteur intime et personnel, a souvent été utilisé comme une variable explicative, bien qu'elle soit fréquemment confondue avec des facteurs situationnels, comme le statut et le pouvoir ». Wallston & Grady, 1985 (55)

Le genre est actuellement un objet de débat dans de nombreux domaines de la médecine : la mise en évidence du sous-diagnostic des pathologies cardio-vasculaires chez les femmes a notamment souligné l'impact important des biais diagnostiques en fonction du genre. Plusieurs études ont en effet montré que les hypothèses diagnostiques en médecine et les attitudes thérapeutiques différaient souvent d'un patient à l'autre avec un impact important du genre, indépendamment de facteurs biologiques (56). Pour Brewer (57), les catégories utilisées dans la perception sociale suivraient une hiérarchie et le genre, avec l'âge, ferait partie des catégories supérieures intervenant dans le processus de catégorisation ou de typification d'un individu.

En psychiatrie, la prévalence des troubles varie beaucoup en fonction du genre. Ainsi, plusieurs auteurs se sont intéressés, particulièrement depuis les années 1970, à l'influence du genre dans le diagnostic psychiatrique. Kaplan (58) mettait en évidence l'impact de l'utilisation du système de santé, la différence d'expression des symptômes, mais aussi, aux côtés de Chesler (59), le biais de genre inhérent à la description de certains diagnostics psychiatriques selon le DSM. L'étude de Broverman (60) en 1970 reflétait cette théorie : il était demandé à des cliniciens de décrire, sur le plan de la santé mentale, un adulte sain, un homme sain et une femme saine au travers d'une même liste de comportements. Les auteurs retrouvaient que la conception d'un homme sain et d'un adulte sain ne différaient pas, mais qu'en revanche, il existait des différences significatives entre les conceptions d'une femme saine et des deux autres catégories, congruentes aux stéréotypes de genre : une femme saine était alors décrite comme plus soumise, moins indépendante, moins agressive, moins compétitive et plus excitable et émotionnelle qu'un adulte sain. Une seconde étude (61) reprenant la même méthode quinze ans plus tard ne retrouvait cependant pas les mêmes résultats, impliquant un probable impact générationnel.

Une étude de 1984 (62) avait pour but d'évaluer s'il existait une différence entre hommes et femmes dans la prise en charge d'une détresse émotionnelle rapportée par le patient en entretien médical, en utilisant le National Ambulatory Medical Care Survey, aux Etats-Unis. Il était retrouvé que les femmes et les hommes rapportaient aussi fréquemment un problème mental comme motif de consultation. Ils étaient également aussi fréquemment diagnostiqués comme souffrant d'un trouble mental comme diagnostic principal, avec cependant des différences en terme de trouble (névrose et psychose affectives chez les femmes, schizophrénie, trouble de la personnalité, alcoolisme et trouble psychosomatique

chez les hommes). Lorsqu'ils se plaignaient d'un problème mental, les hommes étaient plus fréquemment diagnostiqués dans ce sens que les femmes. Les auteurs repéraient également que les femmes rapportaient davantage un problème mental en termes somatiques et un problème somatique en termes « mentaux » ; ainsi, davantage de symptômes somatiques chez les femmes amenaient à un diagnostic de trouble mental et davantage de symptômes mentaux amenaient à un diagnostic de trouble somatique.

En 1991, une étude australienne (63) avait étudié l'impact du genre dans la détection d'une détresse émotionnelle. Cette étude utilisait une comparaison entre le General Health Questionnaire (GHQ) de patients et les observations de 55 médecins généralistes, après la consultation, concernant le niveau de perturbation émotionnelle ou psychologique de ces patients. Les auteurs ne retrouvaient pas de différence significative entre hommes et femmes sur les scores au GHQ. Cependant, les femmes étaient significativement plus fréquemment identifiées comme ayant des troubles psychologiques, tant sur le plan clinique que sub-clinique. 77% des médecins interrogés relevaient des perturbations psychologiques chez davantage de femmes que d'hommes. Cette étude était par la suite répliquée chez des internes (dans l'hypothèse d'un biais générationnel) et les résultats étaient similaires. Les auteurs avançaient l'hypothèse que les médecins adopteraient un comportement plus empathique envers les femmes. Cela ne serait pas en accord avec l'étude précédente qui retrouvait que chez des patients rapportant une détresse psychologique, les psychiatres diagnostiquaient davantage les hommes que les femmes. Les auteurs évoquent également une différence en terme de niveau d'éducation et d'emploi ou un effet statistique : les femmes étant statistiquement plus fréquemment atteintes de troubles mentaux, cela serait donc considéré comme une norme par les psychiatres et les médecins, à travers un processus stéréotypé sous-jacent, rejoignant les conceptions de Broverman.

Nous allons nous intéresser dans les sections suivantes à deux types de troubles psychiatriques pour lesquels l'impact du genre sur le diagnostic a fait l'objet de nombreux travaux de recherches dans la littérature internationale : la dépression, puis les troubles de personnalité.

B. La dépression

Les études épidémiologiques dans le monde s'accordent pour identifier une prévalence plus élevée de dépression chez les femmes : d'après l'OMS, elle est en effet deux fois plus élevée que chez les hommes. La dépression est également la première cause d'incapacité dans le monde, et ses conséquences en terme de mortalité en font un problème de santé publique, le suicide étant la deuxième cause de mortalité chez les 15-29 ans (64). Ce sex-ratio varie cependant en fonction de l'âge : dans la période pré-pubertaire, la dépression est plus fréquemment rencontrée chez des garçons, puis la tendance s'inverse à partir de la puberté jusqu'à la ménopause chez la femme, où on observe alors une réduction de l'écart entre homme et femme (65). Les chiffres peuvent également varier en fonction des ethnies, de la période ou des populations étudiées : une étude réalisée aux Etats-Unis dans les années 1970 retrouvait en effet une différence significative de prévalence de la dépression en fonction du sexe chez les individus caucasiens mais ne retrouvait pas cette différence dans les populations afro-américaines (66). Plusieurs études suggèrent également que la prévalence de la dépression et des autres troubles internalisés serait en augmentation chez les hommes (67). Certains auteurs mettent également l'accent sur le fait que les troubles dépressifs et anxieux restent néanmoins les troubles mentaux les plus fréquents chez les hommes (plus de 14%) et ne doivent donc pas être négligés dans cette population (68).

Plusieurs hypothèses ont depuis été avancées pour tenter d'expliquer les déterminants de ce sex-ratio, a priori ubiquitaire : de nombreuses études suggèrent que la dépression aurait une prévalence similaire chez les hommes et les femmes (car les symptômes dépressifs sont ubiquitaires dans la population) mais aurait tendance à être sur-diagnostiquée chez les femmes et sous-diagnostiquée chez les hommes, notamment du fait de plusieurs biais dans le processus diagnostique, que nous allons détailler dans les sections suivantes.

a. Théorie de l'artefact

L'auto-rapport des symptômes dans les études épidémiologiques serait impacté par un biais de mémorisation : les femmes exprimeraient plus facilement leurs émotions que les hommes, car cela serait plus acceptable socialement, et la dépression chez les hommes serait plus fréquemment « masquée » par des troubles externalisés comme le trouble de

l'usage d'alcool ou autres toxiques (69), ou des troubles du comportement. Les données épidémiologiques seraient de ce fait faussées par un auto-rapport de symptômes dépendant de l'acceptation culturelle, mais aussi de la classe sociale et de l'ethnie du participant, et seraient donc ainsi des productions sociales (65).

C'est ce que suggère une étude de 2004 réalisée en Nouvelle-Zélande (70). Le but de l'étude était d'analyser l'exactitude du rappel des symptômes dépressifs a posteriori, étudiant donc ce biais de mémorisation, et d'en retirer des facteurs « prédictors de rappel ». La population étudiée correspondait à une cohorte de 1000 sujets néo-zélandais, suivis depuis la naissance jusqu'à l'âge de 25 ans. Les sujets participaient à des entretiens structurés étudiant les symptômes dépressifs selon le DSM IV: le Diagnostic Interview for Children (DIC) et le Diagnostic Interview Schedule (DIS). Les auteurs se focalisaient davantage sur deux symptômes clés de dépression : la tristesse de l'humeur et la perte d'intérêt dans les activités habituelles. Les données étaient recueillies de manière longitudinale aux âges de 15, 16 (DIS et DIC combinés), 18 et 21 ans. A l'âge de 25 ans, les participants répondaient à deux questions additionnelles portant sur un rapport rétrospectif des symptômes clés de la dépression (sentiment de tristesse ou de dépression presque tous les jours, perte d'intérêt dans les activités auparavant appréciées) durant leur vie avant l'âge de 21 ans. Si l'une de ces réponses était positive, ils devaient indiquer à quel âge approximativement ils se rappelaient avoir ressenti ces symptômes. Afin de pouvoir comparer les résultats obtenus de manière longitudinale à l'auto-rapport rétrospectif des symptômes à l'âge de 25 ans, les auteurs recensaient la sévérité et la chronicité des épisodes dépressifs ainsi que l'état psychique actuel, le genre et le traitement, et les intégraient comme covariables au moyen du modèle « Akaike Information Criterion ». Au total, 54% des participants rapportaient des symptômes dépressifs clés entre les âges de 14 et 21 ans à travers les données longitudinales. Seulement 4% d'entre eux rapportaient ces symptômes de manière rétrospective à l'âge de 25 ans. Les auteurs ont cherché à identifier des facteurs influençant ce rappel des symptômes, appelés les « prédictors de rappel ». La sévérité et la chronicité des symptômes étaient corrélées positivement et significativement avec le rappel de symptômes à l'âge de 25 ans. Le genre était également identifié comme prédictor de rappel : le fait d'être une femme jeune était significativement associé au rappel de symptômes de dépression à l'âge de 25 ans, et ce parmi tous les participants en ayant présenté dans les résultats obtenus de manière longitudinale. Après des analyses

multivariées prenant en compte la sévérité, la chronicité, la recherche de soins et l'état actuel (identifiés comme prédicteurs de rappel également), l'Odds Ratio entre homme et femme concernant le rappel des symptômes diminuait légèrement mais restait significatif, suggérant que les femmes auraient une meilleure mémorisation (ou rapporteraient plus facilement) des symptômes dépressifs antérieurs que les hommes.

Ces résultats ne concordent cependant pas avec d'autres études comme celle de Nazroo, en 1998 conduite en Angleterre (71). Cette étude utilisait le même échantillon qu'une étude de 1997 du même auteur, analysant l'hypothèse que les femmes seraient plus à risque de dépression dans les suites d'un événement de vie stressant que les hommes, et que ce risque serait lié à leur rôle social au sein du couple. Dans cette étude, les auteurs reprennent l'échantillon de 97 couples hétérosexuels afin de vérifier plusieurs hypothèses en lien avec la théorie de l'artefact, notamment le biais de mémorisation en faveur des femmes. Les couples étaient sélectionnés parmi ceux ayant expérimenté un événement de vie stressant ou « crise » ensemble (du registre financier, familial, reproductif, sanitaire, judiciaire ou immobilier) connus pour être capables de déclencher des épisodes dépressifs. L'homme et la femme de chaque couple étaient interrogés séparément par des entretiens semi-structurés via le Present State Examination (PSE) afin de coter les symptômes de dépression mais également le début et la fin de l'épisode dépressif. Pour entrer dans les critères, les participants devaient avoir présenté une humeur dépressive ainsi que au moins quatre symptômes clés de la dépression : perte d'espoir, idées suicidaires, perte de poids, réveil précoce, endormissement tardif, diminution de concentration, aboulie, attitude négligée. La Life Event and Difficulties Schedule (LEDS) permettait de coter la sévérité des événements de vie stressants que le couple avait enduré. Parmi leurs résultats, les auteurs ne retrouvaient pas de différence significative entre les hommes et les femmes dans le rappel des épisodes dépressifs antérieurs, quelle que soit la durée écoulée entre l'épisode et l'entretien, n'allant donc pas dans le sens de la théorie de l'artefact.

Une autre hypothèse serait que les hommes exprimeraient moins leurs émotions, et plus particulièrement lorsqu'il s'agit de symptômes dépressifs, qui seraient considérés comme « une faiblesse féminine », renvoyant aux concepts de socialisation genrée (72, 73). C'est ce que suggèrent plusieurs auteurs, considérant que le rapport des émotions serait sous-tendu par des stéréotypes de genre et des processus d'expression émotionnels différents (72). Une étude de 2000 réalisée à Montréal (74) a tenté de confirmer cette

hypothèse, en utilisant la Bem Sex Role Inventory (BSRI) associée à la Level of Emotional Awareness Scale (LEAS), permettant respectivement de mesurer le taux de « masculinité » et de « féminité » (comprenant 30 traits dont 10 « masculins » et 10 « féminins ») et le niveau de reconnaissance émotionnelle des participants (à travers des scènes dans lesquelles le participant doit évaluer les émotions des personnages). L'échantillon étudié était composé de 24 femmes et 21 hommes recrutés au sein de l'université de Concordia à Montréal. Les auteurs retrouvaient en effet une relation positive entre le taux de masculinité et la faible reconnaissance émotionnelle lors de la passation de la LEAS, suggérant qu'un niveau élevé de « masculinité » serait liée à une faible capacité à identifier ses propres émotions et celles des autres.

Cependant, cette théorie semble invalidée dans de nombreuses études récentes, notamment une étude de 2004 comparant les symptômes dépressifs rapportés entre les hommes et les femmes, sur un échantillon de 1727 adultes vivant à Baltimore (issus du *Baltimore Epidemiologic Catchment Area*) (75). Les auteurs partaient de l'hypothèse que la tristesse de l'humeur était rapportée significativement plus par les femmes que par les hommes, et que cela pouvait donc avoir un impact sur la différence de prévalence de la dépression en fonction du genre. L'objectif était de mettre en évidence une différence dans le rapport des symptômes de dépression entre hommes et femmes et de montrer que les femmes rapporteraient davantage de symptômes tels que la tristesse de l'humeur ou les troubles de l'appétit, ce qui pourrait mener à une estimation plus importante de la prévalence de la dépression chez elles. La population de l'ECA correspondait à une cohorte multicentrique aux Etats-Unis, avec des sujets suivis entre 1980 et 1984, passant la Diagnostic Interview Schedule (DIS) au début de leur suivi puis la CIDI un an plus tard (similaire), explorant les critères de dépression selon le DSM IV. Si ces critères étaient positifs, les sujets passaient à nouveau ces entretiens structurés six mois plus tard, afin de confirmer ou non le diagnostic d'épisode dépressif majeur selon les critères du DSM IV et d'éliminer d'autres étiologies (biologiques, abus de substance, traitement...). L'étude utilisait un modèle validé dans plusieurs études ayant recherché des différences de symptômes en fonction du genre : le modèle MIMIC (multiples causes/ multiples indices), qui permet d'estimer l'impact, ou « effet direct », de covariables (le genre notamment) sur des variables dites « latentes » (ici les symptômes dépressifs), afin d'identifier si un effet d' « invariance » (« *measurement invariance* ») est présent, à savoir si le genre a un impact indépendant sur

l'expression de symptômes de dépression. 1727 personnes étaient incluses dans l'étude, 62.5% femmes et 37.5% d'hommes. Les symptômes dépressifs initialement mesurés étaient deux fois plus présents chez les femmes. La différence d'expression des symptômes estimée en fonction du genre (le « *latent trait* ») était positive en faveur des femmes ; le fait d'être une femme était donc identifié comme un facteur de risque d'exprimer des symptômes dépressifs. L'analyse avec le modèle MIMIC montrait que les femmes ne rapportaient pas plus fréquemment de la tristesse que les hommes. Après ajustement sur les covariables (âge, minorité ethnique, niveau d'éducation, statut marital, travail), les résultats étaient les mêmes. Les analyses portant sur les autres symptômes dépressifs (appétit, sommeil, auto-dévalorisation, difficultés de concentration, idées suicidaires, aboulie, ralentissement psychomoteur) montraient également une absence de différence en terme d'expression de symptômes dépressifs en fonction du genre.

b. Des symptômes dépressifs différents entre hommes et femmes ?

Dans cette dynamique, l'hypothèse soulevée est que le profil symptomatique de la dépression différencierait en fonction du genre.

Plusieurs études rapportent un plus grande fréquence des symptômes dépressifs dits « atypiques » chez les femmes, tels que l'augmentation de l'appétit, l'hypersomnie ou les plaintes somatiques (fatigue, douleurs) (65). Une étude multicentrique de 1990 réalisée aux Etats Unis (76) avait pour objectif de comparer les symptômes entre hommes et femmes souffrant de dépression. Les participants étaient issus de l'étude clinique de la *NIMH Collaborative Study of the Psychobiology of Depression*, suivis dans des hôpitaux publics de plusieurs villes des Etats Unis : 498 patients diagnostiqués selon les Research Diagnostic Criteria (RDC) comme souffrant au moment de l'étude d'un épisode dépressif majeur sans caractéristiques psychotiques étaient inclus, dont 41,4% d'hommes et 58,6% de femmes. Tous les participants passaient la Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS) lors d'un entretien avec un clinicien, relevant les symptômes dépressifs sur la semaine précédant l'épisode puis la semaine actuelle, au cours de laquelle les symptômes étaient les plus forts. La sévérité était évaluée par la Global Assessment Scale (GAS). Les auteurs retrouvaient une différence significative entre hommes et femmes portant uniquement sur la fréquence des symptômes d'augmentation de l'appétit et prise de poids, en faveur des

femmes. Aucune différence significative n'était retrouvée entre hommes et femmes concernant la sévérité de l'épisode, l'insomnie d'endormissement, la fatigue, les difficultés de concentration ou les plaintes somatiques. Les auteurs concluaient donc à une relative uniformité de la symptomatologie dépressive en fonction du genre.

Une autre étude de 1988 (77) avait également pour but de mettre en évidence des différences de symptômes dépressifs entre hommes et femmes. Réalisée aux Etats-Unis, 230 sujets (180 femmes et 50 hommes) souffrant de dépression récurrente étaient inclus, recrutés initialement pour une étude sur l'efficacité de traitements dans la dépression récurrente. Les participants étaient âgés de 21 à 65 ans et devaient en être au moins à leur 3^{ème} épisode dépressif majeur. Le diagnostic était également posé selon les RDC, les symptômes recueillis par la SADS et la sévérité selon la GAS initialement. Les participants passaient également l'échelle de Hamilton, l'échelle de Raskin, la Beck Depression Inventory (BDI), et la Hopkins Symptoms Checklist (SCL-20) au début et à la fin de l'étude. Les auteurs utilisaient également une échelle de Hamilton révisée, incluant des items additionnels : augmentation de l'appétit, prise de poids, variations de l'humeur sur la journée, trois types d'hypersomnie et deux types de ralentissement (psychique et moteur). Les auteurs ne retrouvaient pas de différence significative entre hommes et femmes sur les échelles d'hétéroévaluation (Hamilton, Raskin et GAS) mais retrouvaient un score plus élevé chez les femmes sur les échelles d'autoévaluation (BDI et SADS). L'échelle de Hamilton révisée retrouvait également des scores significativement plus élevés chez les femmes, contrairement à l'échelle de Hamilton classique. Sur la SADS, les femmes présentaient significativement plus fréquemment une augmentation de l'appétit et une prise de poids que les hommes. Les femmes exprimaient également significativement plus de colère que les hommes, tant sur la SADS que la SCL-90, qui retrouvait également une tendance des femmes à rapporter davantage de plaintes somatiques. Les auteurs concluaient donc à une relative homogénéité des symptômes dépressifs entre hommes et femmes. Les différences observées sur la prise de poids et la modification de l'appétit étaient discutées par les auteurs comme pouvant résulter soit d'une différence phénoménologique de l'épisode dépressif entre homme et femme, soit d'une différence socioculturelle dans l'expression de problèmes et de moyens mis en place pour les résoudre ; considérant que ces différences ne sont retrouvées que sur les questionnaires d'autoévaluation, cela pourrait refléter selon les

auteurs une tendance chez les femmes d'admettre et d'exprimer des symptômes sous cette forme.

Dans une étude de 1986 (78), les auteurs parlaient de l'hypothèse que les hommes auraient tendance à rapporter des symptômes dépressifs de manière à alerter suffisamment le clinicien afin d'accéder à des soins, tout en restant en adéquation avec leur stéréotype de genre, menant donc à des symptomatologies différentes. L'étude portait sur 97 sujets (53 femmes et 44 hommes) diagnostiqués dépressifs (épisode dépressif majeur) selon les RDC, recrutés au sein d'un programme sur les troubles de l'humeur mené par l'université Mc Master à l'Hôpital Hamilton en Ontario au Canada. Les sujets passaient tous la BDI avec 25 items. La différence entre homme et femme dans les scores à la BDI n'était pas significative. Après analyse discriminante, les auteurs retrouvaient néanmoins des différences significatives dans l'expression de certains symptômes de la BDI entre hommes et femmes : les hommes mettaient davantage l'accent sur l'incapacité au travail, la difficulté à prendre des décisions, le manque de satisfaction et de plaisir, une inquiétude sur leur santé physique et également sur des idées ou des projets suicidaires. Les femmes en revanche, présentaient significativement plus de symptômes de type auto-dévalorisation, pleurs, dysmorphophobie, fatigabilité et irritabilité.

Selon Addis, (79) les résultats des études recherchant une différence significatives en terme de symptômes dépressifs entre hommes et femmes seraient souvent contradictoires. Celles-ci seraient également partiellement biaisées du fait que les sujets inclus sont déjà diagnostiqués au début de l'enquête.

Une étude de 2005 réalisée en Nouvelle-Zélande (80) aborde cette problématique sous un autre angle méthodologique appelé théorie ancrée : la construction d'une théorie reposant sur la collecte et l'analyse méthodique des informations. L'objectif des auteurs était d'enquêter sur les expériences masculines de la dépression à travers une méthode qualitative: les sujets sont appelés à discuter de leurs conceptions et leurs représentations d'être « au fond du trou » (« *down in the dump* », terme utilisé dans le DSM IV) et le recueil de données se fait sur leurs propres mots. L'étude était menée sur un échantillon d'étudiants et de professeurs issus de plusieurs écoles de Sydney, incluant 77 hommes et 25 femmes, divisé en 10 groupes d'hommes (4 avec des professeurs et 6 avec des étudiants) et 4 groupes de femmes (2 avec des professeurs et 2 avec des étudiants). Un questionnaire composé de questions ouvertes était fourni afin de guider la discussion et de recueillir des

données qualitatives concernant les effets physiques et émotionnels d'être « au fond du trou » et la manière de les gérer. Chaque groupe était modéré par un professionnel et une des auteures retranscrivait les échanges par écrit. Les données des hommes étaient analysées selon la méthode « ancree » et les données des femmes étaient analysées selon une « analyse de contenu » (autre méthode qualitative). A partir des données recueillies, les auteurs parviennent à élaborer un schéma retraçant le parcours émotionnel et comportemental des hommes dans le cadre d'un épisode dépressif : l'évitement (« *avoiding it* »), le déni (« *numbing it* »), l'échappement (« *escaping it* »), l'agressivité (« *hating me hurting you* »), et les comportements à risque (« *stepping over the line* »). Ces éléments démontrent selon les auteurs le processus complexe engagé dans l'expérience de détresse émotionnelle chez les hommes et pourrait expliquer en partie la prépondérance de symptômes externalisés, rejoignant les conceptions d'autres auteurs concernant la possibilité d'un « type dépressif masculin ». Ces données pourraient également être utiles selon les auteurs afin de mieux détecter la dépression chez les hommes, en recherchant notamment le processus de déni, qui peut se manifester selon d'autres études par des comportements d'addiction au travail (« *workaholism* ») par exemple. Les auteurs proposent 3 hypothèses : de nouveaux instruments de détection de la dépression incluant ces mécanismes permettrait de détecter davantage de dépression chez les hommes ; les hommes répondraient davantage à des questions orientées sur leur trajectoire de détresse émotionnelle (le « *big build* ») qu'à des symptômes dépressifs alignés sur des conceptions plus féminines (et donc, vues comme une faiblesse) ; les hommes étant plus étroitement liés aux conceptions hégémoniques de la masculinité seraient moins enclins à rapporter des symptômes dépressifs. Cette étude comportait cependant plusieurs limites : de fait de la méthode employée, les données ne peuvent pas être généralisées. De plus, il ne s'agit pas d'un échantillon clinique, et les sujets interrogés n'ont pas tous souffert un jour de dépression (il ne s'agit que de leurs représentations et expériences).

c. Un problème de seuil ?

D'autres études pointent également le problème du seuil diagnostique, suggérant que les femmes rapporteraient davantage de symptômes subcliniques de dépression (tels que la tristesse de l'humeur, le sentiment de découragement).

Une étude, en effectuant plusieurs analyses algorithmiques et différents types de mesure, confirmerait cette hypothèse : les femmes rapporteraient davantage de symptômes de dépression, mais ceux-ci seraient en réalité plus légers et moins durables, pouvant participer au sur-diagnostic de dépression. Ces résultats sont néanmoins discutés car mis en parallèle avec l'exposition plus fréquente des femmes à des événements de vie stressants au cours de leur vie (81).

D'autres études suggèrent que l'incidence de la dépression serait équivalente entre hommes et femmes lorsque le critère de sévérité est pris en compte (81), que les différences en fonction du genre disparaîtraient aux extrémités du spectre des troubles dépressifs, se basant sur le postulat que les hommes ne rapporteraient que les symptômes sévères de dépression.

Une étude de 2002 étudiait les résultats de la cohorte DEPRES, conduite dans 6 pays Européens à partir de 1996 et explorant les symptômes de dépression chez 78 458 sujets. L'objectif de cette étude était d'explorer l'impact du genre sur différents aspects de la dépression, notamment la sévérité et les symptômes. Les participants étaient évalués via les items de dépression de la MINI (selon le DSM IV). En classant les participants selon la sévérité de la dépression, les auteurs retrouvaient une prévalence significativement plus importante chez les femmes, tant pour les épisodes dépressifs majeurs que les épisodes dépressifs mineurs. En terme de « handicap/déficience » cependant, les hommes avaient des taux plus élevés que les femmes pour une même sévérité (et donc avaient un niveau de handicap lié à la dépression à des symptômes plus légers). Ces données pouvaient donc être interprétées de plusieurs manières : les hommes auraient une perception de handicap plus importante que les femmes pour des symptômes de sévérité similaire, ou alors les hommes rapporteraient des symptômes dépressifs plus légers que ce qu'ils sont en réalité, ce qui serait lié aux conceptions hégémoniques. Les auteurs suggéraient donc qu'un seuil diagnostique plus bas devrait être employé pour mieux détecter la dépression chez les hommes.

D'autres études, partant de l'hypothèse que ce biais proviendrait d'outils de mesure catégoriels, ne retrouve cependant pas de différence au moyen d'outils évaluant de manière dimensionnelle les symptômes dépressifs (comme l'échelle de Beck ou la CES-D), qui restent plus fréquents chez les femmes (82).

d. Sous-détection de la dépression masculine : outils diagnostiques

Partant de la constatation que les taux de suicide étaient largement plus élevés chez les hommes comparés aux femmes mais que les femmes étaient deux fois plus nombreuses à être diagnostiquées souffrant de dépression, et sachant que la dépression correspondrait à plus de 70% des causes de suicide, plusieurs auteurs ont émis l'hypothèse d'une sous-détection de la dépression masculine (83). Une étude réalisée sur l'île de Gotland en Suède entre 1983 et 1984 (84) avait étudié l'impact d'un programme de sensibilisation des médecins généralistes sur la détection de la dépression, en étudiant l'évolution des courbes de suicide et de dépression après ce programme. Les auteurs de cette étude retrouvaient que la diminution des taux de suicide suivant le programme n'impactait que la population féminine, ce qui confirmerait l'hypothèse selon eux d'un biais diagnostique en défaveur des hommes.

C'est ainsi que des auteurs danois ont créé la Gotland Male Scale (GMS) en 2002, afin de mieux diagnostiquer les symptômes dépressifs masculins (85). Cette échelle d'autoévaluation comprenait 13 items cotés de 0 (absent) à 3 (extrêmement présent) sur le mois précédent, explorant: le niveau de stress, l'agressivité/difficulté à garder son sang-froid, le sentiment de *burn out* ou de vide intérieur, la fatigue constante et inexplicable, l'irritabilité, la difficulté aux prises de décision, les troubles du sommeil (trop/pas assez/difficultés d'endormissement/sans repos/réveil précoce), l'anxiété matinale, les surconsommations d'alcool ou de médicaments dans un but calmant/ être hyperactif ou se défouler dans le travail/ le sport/ sous ou suralimentation, la rupture avec l'état antérieur, le sentiment de tristesse/désespoir, une tendance à l'apitoiement /le sentiment d'être « lamentable», les antécédents familiaux d'abus/suicide/dépression. Le diagnostic de dépression était considéré comme « possible » au-dessus d'un score de 13 et « clair » au-dessus de 26, avec indication à un traitement antidépresseur. Afin de valider cette échelle, les auteurs l'ont faite passer à 87 hommes ayant cherché de l'aide pour un problème de dépendance à l'alcool entre 1999 et 2000 à l'hôpital universitaire de Copenhague. Les participants passaient également la Major Depression Inventory (MDI), recensant les symptômes dépressifs selon le DSM IV, et la WHO Well-Being State, permettant d'évaluer leur bien-être. Les patients étaient en parallèle évalués en aveugle par des cliniciens qui pouvaient leur prescrire un traitement antidépresseur en fonction de la clinique. La validité

interne de la GMS était confirmée par les auteurs via le calcul des coefficients de Cronbach (cohérence interne) et Loevinger (homogénéité). L'inter corrélation entre les 3 questionnaires retrouvait une corrélation positive à 0.77 entre la GMS et la MDI et une corrélation négative entre la MDI et la WHO ainsi qu'entre la GMS et la WHO, validant la convergence de la GMS avec la MDI. En comparant les scores des participants ayant eu une prescription d'antidépresseur avec ceux n'en ayant pas eu, les auteurs retrouvaient une différence significative uniquement présente sur les scores à la GMS. Ils retrouvaient également que seulement 8% des participants avaient reçu des antidépresseurs alors qu'ils auraient dû être 39% selon la MDS et 17% selon la MDI, ce qui confortait leur hypothèse d'un sous-diagnostic de la dépression masculine.

Une étude germano-danoise de 2002 (86) investiguait cet éventuel « syndrome dépressif masculin », en vérifiant que les symptômes inclus dans la Gotland Male Scale différaient bien entre hommes et femmes. 2411 patients diagnostiqués comme souffrant de dépression selon la ICD-9 hospitalisés à Munich étaient inclus, dont 656 hommes et 1755 femmes. Les symptômes dépressifs étaient recueillis à l'admission par les médecins via le système de documentation ADMP (Association for Methodology in Psychiatry). Les items de l'ADMP similaires à ceux de la GMS étaient sélectionnés et analysés. Les auteurs retrouvaient que la fréquence et les scores moyens de la GMS ne différaient pas entre hommes et femmes. L'irritabilité et l'agressivité étaient peu rapportées, tous genres confondus. L'humeur dépressive, la nervosité, les troubles du sommeil, la perte d'élan vital, les comportements d'abus de substance, l'anxiété matinale, le poids héréditaire et la tendance à l'apitoiement étaient les symptômes les plus fréquemment rapportés indépendamment du genre. Aucun des symptômes n'étaient significativement plus rapportés par les hommes alors que la perte d'élan vital, l'abus d'alcool et de substances et la tendance à l'apitoiement étaient significativement plus fréquents chez les femmes. Les patientes femmes avaient un score global à la GMS significativement plus élevé que les hommes. Après avoir pris en compte la sévérité de l'épisode, la primo-hospitalisation et la durée d'hospitalisation (via l'analyse de rotation varimax), les résultats concernant la GMS n'étaient pas modifiés. Cependant, les auteurs retrouvaient que les symptômes d'agressivité, d'irritabilité et les comportements antisociaux étaient significativement davantage inter-corrélés chez les hommes dépressifs comparés aux femmes.

Dans une étude réalisée par Addis en 2008 (87), les auteurs questionnent la pertinence d'une autre échelle de dépression masculine, la « Masculine Depression Scale » (MDS). L'hypothèse des auteurs était que les hommes présenteraient des symptômes dépressifs atypiques qui seraient influencés par leur adhésion aux normes restrictives masculines ou hégémoniques. Dans leur étude, les auteurs interrogent 120 hommes ayant récemment été confrontés à des événements de vie stressants, et leur font passer la MDS, une échelle recensant des symptômes atypiques masculins retrouvés par les auteurs dans la littérature. Ces items étaient formulés sous forme de phrases, cotées en terme de fréquence par les participants de l'étude (jamais ou quasiment jamais/ quelquefois/ la plupart du temps/ tout le temps). Les auteurs avaient décidé de choisir 33 items correspondant à des symptômes dits « internalisés » : retrait des interactions sociales et familiales, abrasion des affects, impossibilité ou refus d'avoir des émotions apaisantes, perte d'intérêt au succès, douleurs physiques, modifications du désir sexuel (abaissé), intolérance au stress, difficulté à la prise de décisions, besoin d'autonomie, inquiétudes sur le futur, auto-dévalorisation, sentiment d'échec, fardeau/désillusion (internalisé, par exemple : « Je me sens nul » « Je me sens piégé ») ; et 11 items « externalisés » explorant: colère, agression, irritabilité, abus de substance, hyperinvestissement au travail ou à l'école, extériorisation/blâme, fardeau/désillusion (externalisé, par exemple : « Je suis constamment sous pression »). Ces items ont été validés par des experts dans le domaine, afin à la fois d'éviter la redondance avec les items du DSM IV et à la fois de mettre en évidence les spécificités de la dépression masculine. Les sujets de l'étude passaient également d'autres questionnaires : la SLECD (Stressful Life Events Checklist) recensant les événements de vie stressants, la PDSQ (Psychiatric Disorders Screening Questionnaire) concernant les symptômes psychotique, afin d'exclure les patients en présentant. Les symptômes dépressifs dits « classiques » (selon le DSM) étaient mesurés via la CES-D (The Center for Epidemiological Studies Depression Scale) et la BDI (Beck Depression Inventory). La GMDS (Gotland Male Depression Scale), était utilisée ici afin de permettre la validation externe de la MDS. Afin de mesurer l'adhésion des participants aux normes masculines, deux questionnaires étaient remplis : le « Conformity to Masculine Norms Inventory » (CMNI) et la « Male Role Norms Scale » (MRNS), déjà validées dans des études précédentes. La CMNI est un auto-questionnaire de 96 items permettant de mesurer la conformité du participant aux normes masculines stéréotypées, comprenant : la victoire, le contrôle émotionnel, la prise de risque, la violence, le pouvoir sur les femmes, la

domination, le *playboy*, la confiance en soi, la primauté du travail, le rejet de l'homosexualité, et le maintien de son statut. La MRNS est un auto-questionnaire de 25 items mesurant l'idéologie masculine, les croyances des hommes sur ce qu'est « être un homme », à travers 3 domaines : les normes en terme de statut (ou position sociale), de dureté et d'anti-féminité. Les participants de l'étude étaient des hommes à risque de troubles dépressifs selon les auteurs car ayant récemment été confrontés à des événements de vie stressants (reconnu comme facteur de risque de dépression), recrutés au sein de la Young Men Christian Association de Boston (YMCA). Sur les 119 recrutés, 52 avaient rencontrés des événements de vie stressants récents selon la SLECD. Lors de leurs analyses, les auteurs découvrent que la cohérence interne de la MDS n'était pas la même entre les symptômes internalisés (facteurs I) et externalisés (facteurs II), qui ont donc été étudiés séparément. Dans leurs résultats, les auteurs retrouvent que les symptômes externalisés étaient modérément corrélés aux mesures de dépression et à l'adhésion aux normes masculines, alors que les symptômes internalisés étaient fortement corrélés aux mesures de dépression mais non corrélés à l'adhésion aux normes masculines. Les hommes qui adhéraient fortement aux normes masculines avaient une probabilité plus élevée de coter pour des symptômes externalisés sur la MDS que sur les échelles standard de dépression. Selon les auteurs, cette étude suggèrerait que la MDS permettrait de capter des symptômes dépressifs masculins que les autres échelles de dépression ne détecteraient pas, qui seraient liés à des normes stéréotypées de genre. Les symptômes externalisés seraient un moyen de coping face aux événements de vie stressants chez certains hommes, en fonction de leur adhésion à ces normes hégémoniques. L'intérêt du clinicien pour ces notions pourrait ainsi permettre une meilleure détection de la dépression chez les hommes.

Une étude de 2013 publiée dans le Lancet (88) explore également l'hypothèse selon laquelle la dépression masculine engendrerait davantage de symptômes externalisés chez les hommes, qui correspondrait à un combat pour se tenir aux normes hégémoniques. Selon les auteurs, les symptômes masculins de la dépression comprendraient la colère, l'agressivité, les comportements addictifs aux substances, au jeu ou au travail, mais aussi l'irritabilité. En effet, selon les auteurs, les études sur l'irritabilité sont parfois contradictoires, associant souvent ce critère à une caractéristique plus féminine. Cependant, selon plusieurs études citées par les auteurs, les hommes souffrant de dépression avec des taux élevés d'irritabilité seraient plus enclins à réagir à de faibles ennuis, à expérimenter des

« crises de colère » (avec des symptômes physiques similaires aux attaques de panique), montraient davantage d'impulsivité, de comportement « hyperactif » et plus de problématique d'usage de substances comparé aux femmes, ce qui justifierait l'inclusion de ce symptôme dans les symptômes masculins. Leur étude portait sur une seconde analyse de l'enquête NCS-R (*National Comorbidity Survey Replication Study*, réalisé aux Etats-Unis), en combinant les symptômes externalisés (comme la colère, l'abus de substance ou l'irritabilité) avec les symptômes classiques de la dépression, créant deux nouvelles mesures de la dépression masculines : la Male Symptom Cases (MSS), qui inclut exclusivement les symptômes « typiquement masculins » de la dépression retenus par les auteurs (irritabilité, crise de colère/ agression, perturbations du sommeil, abus de substances, prises de risque, hyperactivité, stress et aboulie) et la Gender Inclusive Depression Scale (GIDS) combinant les données de la MSS avec 7 symptômes dépressifs classiques (tristesse de l'humeur, humeur dépressive, perte d'élan vital, ambivalence, anxiété, attitude plaintive, auto-dévalorisation). Les objectifs étaient de confirmer plusieurs hypothèses :

- Les deux échelles vont montrer une forte corrélation avec les caractéristiques de l'épisode dépressif majeur (EDM) et plus modérément avec les troubles de l'usage de l'alcool et le « trouble explosif intermittent » : résultats confirmés (0.70 pour la MSS et 0.85 pour la GIDS avec les critères d'EDM).

- La prévalence de la dépression mesurée par la MSS serait supérieure chez les hommes par rapport aux femmes, ce qui est confirmé par leurs résultats : 26.3% pour les hommes contre 21.9% pour les femmes.

- La prévalence de la dépression mesurée avec la GIDS ne montrerait pas de différence en fonction du genre : confirmé, y compris selon les différents degrés de sévérité.

- Les hommes vont présenter davantage de symptômes « non traditionnels » que les femmes : les hommes présentent davantage de crises de colère, d'abus de substance, d'agressivité, d'hyperactivité et de comportements à risque mais les femmes présentent autant de stress, de perturbation du sommeil, de tristesse de l'humeur, d'indécision et de tendance plaintive (*complaintiveness*). Les 5 symptômes les plus fréquemment rapportés étaient similaires chez les hommes et les femmes.

Cette étude a cependant été critiquée par Kuehner (89), sur plusieurs points. En effet, comme évoqué précédemment, aucune des études cliniques et épidémiologiques ne s'accorderaient pour identifier des symptômes « typiques » de la dépression masculine tels

qu'ils sont explorés dans la MSS, comme l'irritabilité et les crises de colère, mais retrouvent au contraire des taux similaires voire supérieurs chez les femmes. Certains symptômes catégorisés dans l'étude en tant que symptômes masculins (comme la perturbation du sommeil ou l'aboulie) sont caractérisés dans plusieurs autres études comme plus fréquemment féminins. Le biais de mémorisation ne serait pas pris en compte et pourrait intervenir dans cette étude, notamment sur le rapport de symptômes tels que l'abus de substance qui sont des items liés aux rôles genrés. Selon elle, si le trouble de l'usage de l'alcool reflétait la dépression masculine, une corrélation génétique entre ces deux troubles devrait être retrouvée. Enfin, le fait que les hommes et les femmes présentent différents symptômes ne signifie pas que tous ces symptômes soient dus à la dépression.

e. Un biais chez les médecins ?

Plusieurs auteurs suggèrent que ce biais diagnostiques serait sous-tendu par les pratiques diagnostiques des médecins, qui auraient davantage tendance à diagnostiquer des problèmes psychologiques chez les femmes (90) renvoyant aux notions de « biais implicite » (des attitudes et des stéréotypes qui affectent notre compréhension, actions et décisions de manière inconsciente) et de « discrimination statistique » (processus par lequel les cliniciens appliquent des informations concernant un groupe à un individu afin de réduire leur incertitude clinique) (91). De nombreuses études ont tenté de confirmer ou d'infirmer cette hypothèse, avec des méthodes diverses.

Une étude de 1991 (92) avait pour but de déterminer si, parmi des patients ayant un score à la DIS (Diagnostic Interview Schedule) correspondant à un épisode dépressif, les cliniciens étaient plus à même de diagnostiquer les hommes ou les femmes, et s'il existait des différences sur ce point entre les médecins psychiatres et les médecins généralistes ou d'autres spécialités. Les patients inclus dans cette étude provenaient de la National Study of Medical Care Outcomes (MOS), une étude longitudinale réalisée dans plusieurs villes des Etats Unis dans les années 1980. 523 cliniciens étaient inclus, de différentes spécialités (médecins de famille, endocrinologues, cardiologues, diabétologues, psychiatres, psychologues et internistes). Les patients les plus à risque de dépression (selon un questionnaire de 8 items rempli à l'inclusion) étaient rappelés 2 semaines plus tard pour passer la DIS (Diagnostic Interview Schedule) afin de confirmer et de préciser le diagnostic de

dépression selon les critères du DSM III. Les auteurs demandaient aux cliniciens si certains de leurs patients avaient souffert de dépression cliniquement significative dans l'année précédente pendant au moins 2 semaines. Les patients étaient donc considérés comme « sous-détectés » ou « sur-détectés » en fonction de leur score à la DIS et du rapport du clinicien. Les résultats montraient une discordance entre la détection des cliniciens et le score à la DIS chez significativement plus de femmes que d'hommes, mais cette différence n'était retrouvée que chez les cliniciens non professionnels de santé mentale. Significativement plus d'hommes (40% de ceux ayant un score à la DIS en faveur d'un épisode dépressif) que de femmes (32,4%) étaient sous-détectés par les cliniciens. Cette différence n'était à nouveau pas retrouvée au sein des cliniciens spécialistes en santé mentale. A l'inverse, une proportion significativement plus importante de femmes était sur-détectée par les cliniciens, comparé aux hommes (4,7% contre 3,2%). Cette fois, la différence en fonction du genre était significative également chez les cliniciens spécialistes en santé mentale. Après ajustement sur certaines variables (le genre du clinicien, les caractéristiques démographiques du patient, la sévérité de la dépression pour les sous-détectés, la présence de comorbidités somatiques et la longueur des consultations), les résultats étaient les mêmes pour la sous-détection des hommes. Cependant, la sur-détection des femmes chez les cliniciens non professionnels de santé mentale devenait alors non significative, alors qu'elle restait significative chez les professionnels de santé mentale. Les auteurs suggèrent que cette sur-détection de la dépression chez les femmes et la sous-détection de la dépression chez les hommes pourrait participer à la prévalence plus élevée de la dépression chez les femmes, venant donc des cliniciens eux-mêmes. Les auteurs mettent également en avant qu'une différence en terme de demande de soins en santé mentale entre hommes et femmes n'est pas mise en évidence dans cette étude: les femmes souffrant de dépression n'étaient pas plus nombreuses que les hommes à avoir sollicité un professionnel de santé mentale. L'hypothèse d'un problème de seuil concernant les symptômes dépressifs en fonction du genre n'est également pas confirmée ici car après régression sur la sévérité des symptômes, la sous-détection de la dépression était réduite tant chez les hommes que chez les femmes. Les auteurs mettent donc en avant plutôt des problématiques en rapport avec des rôles sociaux de genre qui entreraient en jeu au cours de l'entretien médical: le stéréotype masculin voulant que les hommes évoquent avec réticence leurs problématiques émotionnelles serait à l'origine d'un questionnement moins poussé sur ce type de

symptômes par le médecin somaticien, et participerait à la sous-détection de la dépression chez les hommes. Le fait que cette sous-détection n'était pas retrouvée chez les professionnels de santé mentale confirmerait cette hypothèse.

Une autre étude américaine de 2000 (93) utilisant les mêmes données de la MOS abordait le biais diagnostique sous un autre angle. Il était demandé aux médecins inclus s'ils avaient détecté des troubles mentaux chez leurs patients selon 4 possibilités : si un trouble mental était la raison principale de la consultation, si le patient avait été déprimé au cours des 12 derniers mois, s'ils avaient donné des conseils au patient à propos de problèmes mentaux au cours d'une consultation, ou s'ils avaient orienté un patient chez un spécialiste en santé mentale. Parmi les patients du groupe DIS, 34,2% présentaient ou avaient présenté un épisode dépressif majeur avec ou sans dysthymie associée, 9,4% avaient un diagnostic isolé de dysthymie et 30% remplissaient les critères de dépression subclinique. Cependant, les médecins n'avaient rapporté un problème de santé mentale que chez 8,5% des patients du groupe DIS. Après analyse multivariée incluant les caractéristiques démographiques du patient, le statut économique, la qualité de vie et la présence de pathologie chronique associée, les auteurs retrouvaient que le fait d'être un homme était significativement lié au fait de ne pas être diagnostiqué comme souffrant de dépression, allant dans le sens d'une sous-détection. Les actions des médecins (conseil, orientation vers un professionnel) face à un problème de santé mentale étaient également significativement plus fréquentes concernant une patiente qu'un patient.

Une autre étude publiée en 2001 réalisée au Royaume-Uni (94) sur 508 nouveaux patients assignés aléatoirement à des centres de soins primaires entre 1990 et 1993, avait pour objectif de vérifier l'hypothèse que les femmes seraient plus fréquemment diagnostiquées comme souffrant de dépression par rapport aux hommes, mais aussi d'explorer le lien entre le nombre de consultations et la probabilité d'être diagnostiqué. Les patients inclus passaient la BDI (Beck Depression Inventory, un auto-rapport de symptômes dépressifs) au début de leur suivi avec un nouveau praticien. Au bout d'un an, des experts récupéraient les notes du praticien en recherchant un diagnostic de dépression et regardaient également le nombre de consultations sur l'année. 130 patients obtenaient un score de BDI supérieur à neuf, correspondant à un épisode dépressif sévère, mais les praticiens n'avaient diagnostiqué que 27,7% d'entre eux. Il existait une corrélation significativement positive entre la probabilité d'être diagnostiqué et le score à la BDI, et les

femmes obtenaient un score moyen à la BDI significativement plus élevé que les hommes. Cependant, les femmes avec un score élevé à la BDI étaient significativement plus fréquemment diagnostiquées que les hommes ayant un score similaire. Il existait également davantage de diagnostics « faux positifs » chez les femmes que chez les hommes. Les auteurs se sont donc penchés sur l'interaction avec le nombre de consultations sur l'année, significativement plus élevé chez les femmes, et significativement corrélé à la probabilité d'être diagnostiqué, tant chez les hommes que chez les femmes. Après régression linéaire, les auteurs retrouvaient toujours une probabilité plus importante pour les femmes avec un score à la BDI élevé d'être diagnostiquée comme souffrant de dépression comparé aux hommes avec un nombre similaire de consultations et un score à la BDI comparable. Les auteurs retrouvaient également que chez les femmes (et non chez les hommes), le fait d'être veuve, divorcée ou séparée augmentait par cinq le risque d'avoir un diagnostic de dépression comparé à n'avoir jamais été mariée. Selon les auteurs, ce phénomène pourrait être en lien avec le fait que les personnes séparées sont identifiées comme plus à risque de dépression, ce qui pourrait donc orienter davantage l'exploration de symptômes dépressifs lors de la consultation. Cependant, l'étude révèle ici que ce critère ne serait donc pas pris en compte pour les patients masculins, chez qui le statut marital n'influe pas sur le diagnostic. Cette étude souligne que les stéréotypes et les rôles sociaux relatifs au genre seraient donc bien à l'œuvre dans le processus diagnostique de la dépression.

Afin d'évaluer la pertinence du jugement clinique et les éventuels biais diagnostiques chez les médecins, plusieurs études utilisent la méthode des « vignettes cliniques », ou méthode analogique. Les auteurs de ces études proposent des cas cliniques à un échantillon de médecins ou de psychologues, concernant un patient ou une patiente présentant la même anamnèse et les mêmes symptômes de dépression. Les hypothèses diagnostiques principales des médecins sont ensuite comparées selon le genre du patient présenté dans le cas.

C'est ce que propose une étude de 1993 réalisée aux Etats Unis (Michigan) (95) étudiant l'impact du genre et de l'âge du patient sur le diagnostic de dépression ou de troubles organique. 411 psychologues cliniciens inclus. Le cas clinique, présenté par écrit, décrivait un homme ou une femme, d'un âge variable, venant consulter avec sa fille dans les suites du deuil récent du conjoint, présentant sentiment de désespoir, troubles du sommeil et de l'appétit, troubles de concentration, tristesse de l'humeur avec pleurs fréquents,

incurie, confusion et pertes de mémoire. Les troubles cognitifs étaient confirmés par des tests. Les psychologues étaient assignés aléatoirement au cas du patient masculin ou féminin et à des cas d'âges différents. Les résultats montraient qu'une proportion significativement supérieure de femmes étaient diagnostiquées dépressives comparé aux hommes qui étaient plus fréquemment diagnostiqués comme souffrant d'un trouble organique. Cette tendance pouvait être expliquée selon les auteurs par la notion statistique que les femmes sont plus touchées par la dépression que les hommes, mais aussi par le fait que les hommes ont statistiquement un début de démence plus précoce que les femmes (ce qui augmenterait le nombre de cas diagnostiqués comme souffrant de trouble organique chez eux). Les auteurs étudiaient ensuite les informations données dans le cas clinique considérées comme les plus « influentes » sur le diagnostic selon les participants : dans le cas d'une patiente féminine, l'item « perte d'intérêt pour son hygiène et/ou les tâches ménagères » était significativement plus influent sur le diagnostic que dans le cas d'un patient masculin (pour un même diagnostic), suggérant selon les auteurs un biais diagnostique lié aux rôles sociaux genrés.

Une autre étude publiée en 2006 aux Etats-Unis (56) avait pour but d'étudier l'impact du genre du patient dans le diagnostic de dépression chez la personne âgée, en utilisant également des cas cliniques, cette fois à partir de vrais patients, permettant de reproduire plus fidèlement l'interaction médecin-patient en entretien. L'étude se déroulait lors du semestre d'été 2003 de l'université de Philadelphie lors de la passation de l'OSCE (Observed Structured Clinical Examination) par les étudiants en médecine. 185 étudiants étaient inclus dans l'étude. Lors de la passation de l'épreuve de gériatrie, les étudiants interrogeaient pendant 20min des patients de 65 ans, identiques entre eux concernant la symptomatologie et l'anamnèse : récemment veuf ou veuve, et présentant des symptômes de dépression avec troubles cognitifs (tristesse, dysphorie, plaintes somatiques, et déclin cognitif modéré). Les patients avaient été entraînés à répondre aux questions posées lors de l'entretien afin de permettre une meilleure standardisation. Les auteurs relevaient le diagnostic principal que les étudiants avaient choisi à la fin de l'entretien : un diagnostic de dépression était posé significativement plus fréquemment chez les patientes que chez les patients. Cependant, après avoir pris en compte le genre de l'étudiant, les auteurs retrouvaient une différence significative en fonction du genre du patient sur le diagnostic de dépression uniquement chez les étudiantes féminines et non chez les étudiants masculins. Les auteurs émettent

plusieurs hypothèses afin d'expliquer ce résultat inattendu : les étudiantes se seraient davantage projetées sur la patientes féminine et sur leur propre risque dépressif (statistique apprise lors de leurs études), ou les patientes féminines se seraient comportées différemment avec l'étudiant selon que celui-ci soit homme ou femme (considérant que la plupart des médecins rencontrés au cours de leur vie aient été des hommes). Ainsi, les auteurs recommandaient une certaine vigilance concernant les études de cas standardisés, compte tenu des multiples facteurs intervenant dans la relation médecin-patients relatifs au genre.

En effet, la méthode analogique présenterait des limites méthodologiques discutables. Dans une étude de 1993 réalisée en Californie (96), des auteurs explorent un potentiel biais de « désirabilité sociale » pouvant intervenir dans les études analogiques et biaiser les résultats. Les médecins testés lors de ce type d'étude auraient parfois tendance à deviner le but de l'étude et de répondre de manière « socialement acceptable » (« SA »). Dans cette étude, les auteurs incluaient 147 psychologues, aléatoirement divisés en deux groupes : dans un groupe (groupe « non SA »), les participants avaient simplement la notion que l'étude portait sur le jugement clinique et dans l'autre (groupe « SA »), il leur était spécifié que l'étude portait sur l'impact du genre sur le diagnostic de dépression, et demandé de répondre de façon « socialement correcte ». Il était également demandé aux participants du groupe « non SA » s'ils avaient une idée de l'objectif de l'étude (alors recensés comme « ayant deviné »). Le cas présenté était celui d'un homme ou d'une femme présentant plusieurs épisodes dépressifs donc une tentative de suicide récente. Entre 2.2% et 18% des participants du groupe « non SA » étaient considérés comme « ayant deviné » (du fait de la variabilité des réponses, et du rapprochement variable avec le sujet de l'étude), suggérant donc que le but des études analogiques ne seraient donc pas si transparent. Par ailleurs, aucune différence significative de diagnostic en fonction du genre du patient n'était retrouvée entre le groupe SA et le reste des participants du groupe non-SA (les « n'ayant pas deviné »), suggérant une absence d'effet de désirabilité sociale et une absence de biais diagnostic en fonction du genre. Les auteurs évoquent plusieurs hypothèses : les « n'ayant pas deviné » auraient répondu de manière tout aussi désirable socialement, même s'ils ne connaissaient pas le but de l'étude, ou les participants du groupe SA auraient échoué à répondre selon des critères de désirabilité sociale.

C. Les troubles de personnalité

Depuis le XIX^{ème} siècle, les troubles de personnalité font l'objet de descriptions variées et évolutives, depuis « *Les caractères* » de La Bruyère jusqu'à l'actuel DSM 5, qui tente d'intégrer une approche catégorielle et dimensionnelle. Du fait de leur définition portant sur des aspects cognitifs et comportementaux considérés comme « mal adaptés », cette catégorie a généré un vaste champ de recherche concernant l'impact de dimensions sociales, et notamment du genre, sur le diagnostic.

La prévalence des troubles de personnalité dans la population générale est très variable d'un pays à un autre (de 2,4% en Europe Occidentale à 13,4% en Norvège par exemple), suggérant l'influence de facteurs culturels (97). Les troubles de la personnalité les plus fréquemment retrouvés dans la population générale seraient les troubles obsessionnel-compulsif, narcissique et borderline (97) ou obsessionnel-compulsif, antisociale et évitant selon d'autres études (98). Dans les populations cliniques en revanche, la prévalence des troubles de personnalité serait bien supérieure : de 31,4% à 73,7% des patients selon les études, avec une majorité de troubles borderline (97).

Les sex-ratios concernant les troubles de personnalité sont fréquemment élevés : de 2 à 3 femmes pour un homme selon les études pour le trouble borderline (98) et, à l'inverse, d'environ 3 hommes pour une femme selon les études concernant la personnalité antisociale (99, 100). Globalement, les troubles borderline, dépendant et histrionique seraient significativement plus représentés chez les femmes alors que les troubles narcissique, antisociale et obsessionnels-compulsifs seraient plus représentés chez les hommes (101). Il est cependant noté que de nombreuses études ne retrouvent pas de différence de prévalence entre hommes et femmes concernant le trouble borderline dans la population générale, contrastant avec une large différence dans les populations cliniques : une méta-analyse aurait quantifié à 24% la proportion d'hommes chez les patients présentant un trouble borderline (102).

Ainsi, plusieurs auteurs se sont intéressés à l'existence, aux causes et aux solutions d'un éventuel biais diagnostique en fonction du genre dans les troubles de personnalité, que nous allons détailler dans les sections suivantes.

a. Construction sociale et approche critique du DSM

En mettant l'accent sur les déterminants sociétaux impliqués dans la décision diagnostique, le sociologue Brown (103) analyse la problématique des troubles de personnalité par une approche constructiviste en 1995. Le concept de « comportements dysfonctionnels » chez un patient diagnostiqué avec un trouble de personnalité serait pour lui purement question de définition sociale, et impliquerait de fait des rôles sociaux genrés. L'auteur prône donc une déconstruction du langage et des symboles utilisés dans la catégorisation des troubles de personnalité (dans le DSM). Il rappelle le concept de « science en action » : la construction de faits scientifiques serait le résultat d'un processus continu dans lequel nos définitions de troubles de la personnalité seraient en constante évolution.

C'est dans la même perspective que se positionne Landrine (104), avançant que *« si chaque femme est quelque peu histrionique ou dépendante et que chaque homme est quelque peu compulsif, paranoïaque ou antisocial, la raison pourrait être que les catégories de rôles genrés et les catégories de troubles de la personnalité seraient simplement les faces opposées de la même pièce stéréotypée »*. Cette conclusion était avancée suite à son étude en 1989 dans laquelle des étudiants de premier cycle devaient attribuer des descriptions de chaque trouble de la personnalité selon le DSM III à des facteurs sociaux variés notamment le genre et le statut social. Landrine retrouvait que les caractéristiques de la personnalité « sadique » était plus fréquemment attribuées à des hommes et celles de la personnalité « masochiste » à des femmes.

S'inscrivant dans cette perspective constructiviste et s'intéressant particulièrement au trouble borderline, Bjorklund (98), en 2006, met l'accent sur l'expression phénotypique des troubles de personnalité différente selon les cultures. En comparant les prévalences des troubles de personnalité dans différents pays (Inde, Ethiopie, Japon, Royaume-Uni..), Akhtar (105) émet l'hypothèse que les cultures ne permettant pas l'accès à une décharge des affects (surtout pendant l'enfance) favoriseraient l'apparition de troubles de personnalité schizoïdes ; à l'inverse, les cultures occidentales qui favorisent davantage l'expression des affects favoriseraient également le développement de troubles de type histrioniques, narcissiques ou borderline. En fonction de l'accès et du rapport culturel aux substances addictives, il existerait également des différences phénotypiques selon les sociétés: par exemple, les personnalités borderlines au Japon auraient significativement moins de trouble de l'usage d'alcool comorbide que dans les sociétés occidentales. Pour Bjorklund, ces

éléments montrent l'influence de la construction sociale sur la psychiatrie et sur le diagnostic de trouble de la personnalité borderline. Son hypothèse concernant les différences en fonction du genre dans la prévalence des troubles de personnalité pourraient être qu'un contrôle social plus intense s'exercerait chez les femmes, diminuant le taux de personnalité antisociale chez elles. Il existerait en effet une augmentation de la prévalence de trouble antisocial chez les femmes au fur et à mesure de l'évolution sociétale, qui permettrait aux femmes d'accéder à plus de moyens d'expression et à une plus grande liberté.

L'hypothèse d'une pathologisation faussée des individus qui représenteraient des stéréotypes féminins ou masculins exacerbés a été l'objet de critiques concernant l'approche des troubles de personnalité du DSM. En 2007 (106), dans une analyse critique du DSM IV avant l'élaboration du DSM V, des auteurs suggèrent que les hommes qui seraient plus « masculins » présenteraient davantage de comportements antisociaux que les femmes et donc seraient plus à risque de remplir les critères diagnostiques du DSM IV pour le trouble antisocial. De même, des femmes très « féminines » seraient plus à même de remplir les critères du trouble histrionique, sans prendre en compte leur caractère dysfonctionnel. En effet, Widiger (107) note que le fait d'être en position de soumission (signe d'un trouble de personnalité dépendante) ou le fait d'exprimer avec intensité ses émotions (signe du trouble de personnalité histrionique) seraient des caractéristiques féminines stéréotypées alors que l'hyperinvestissement au travail, l'incapacité à exprimer de la tendresse (signes du trouble de personnalité obsessionnel-compulsif), l'agressivité physique et la désertion de l'entourage familial (signes du trouble de personnalité antisociale) seraient des caractéristiques masculines stéréotypées. Il note également que les études ont montré que globalement, les hommes et les femmes diffèreraient sur plusieurs traits : les femmes se montreraient plus fréquemment anxieuses, déprimées, émotionnelles, sociables, altruistes, compliantes et modestes et les hommes se montreraient plus fréquemment arrogants, affirmés, agressifs et autocentrés. Ces traits mèneraient donc naturellement à une différenciation en terme de personnalité en fonction du genre.

b. Une différence dans l'expression des troubles en fonction du genre

Dans une revue de la littérature britannique et australienne de 2009 (108), des auteurs se sont intéressés à la présentation clinique du trouble antisocial chez la femme ainsi que la validité et la fiabilité des instruments de mesure concernant cette personnalité dans les populations de femmes. Plusieurs études relèvent que la prévalence du trouble de personnalité antisociale chez les femmes serait très variable selon les critères diagnostiques appliqués et les différentes versions du DSM. Une des critiques récurrentes concernant le DSM IV concerne le critère nécessaire « troubles des conduites avant l'âge de 15 ans », source de nombreux biais selon plusieurs auteurs du fait de l'âge plus tardif d'apparition des traits de personnalité antisociale chez la femme (ce qui entraînerait donc une sous-détection de ce trouble chez les femmes). En effet, plusieurs études auraient mis en évidence une nette diminution de l'écart de prévalence entre homme et femme concernant ce diagnostic lorsque ce critère était enlevé. Plusieurs auteurs mettent également en évidence que certains des critères de personnalité antisociale tels que référencés dans la Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R), considérée comme un outil de mesure standard des troubles de la personnalité, ne seraient pas « applicables » aux femmes : en effet une étude révèle que les critères de « Grandiosité », « Délinquance juvénile » et « Incapacité à admettre sa responsabilité » étaient peu retrouvés au sein des échantillons féminins présentant un trouble de personnalité antisociale. Certains items étaient significativement plus endossés par les hommes tels que « Manque d'empathie » et « Délinquance juvénile » et d'autres par les femmes tels que la « Promiscuité sexuelle ». Les auteurs notent par ailleurs que peu d'étude incluant des sujets féminins se sont intéressés à la structure factorielle de la PCL-R. Quelques-unes ont tenté d'adopter un modèle plurifactoriel afin d'évaluer la personnalité antisociale chez les hommes et les femmes, divisant les items entre Facteur 1 (interpersonnels/affectifs) et Facteur 2 (comportementaux). Les résultats seraient concordants autour du fait que la différence en fonction du genre porterait majoritairement sur les items du Facteur 2. Plusieurs études portant sur des patients détenus suggèrent que les hommes présenteraient des scores significativement plus élevés que les femmes sur quatre items du « Facteur 1 » (la grandiosité, la superficialité, le manque de remords, le manque d'empathie) et 3 items du « Facteur 2 » (le manque de but, les comportements antisociaux dans l'adolescence et les comportements antisociaux à l'âge adulte). Les femmes présenteraient des scores significativement plus élevés sur les items « mensonges », « duplicité » et « manque de contrôle ». D'autres études retrouvent en revanche un score

significativement supérieur pour les femmes concernant l'irresponsabilité financière, le manque de but, l'impulsivité et le manque de remords alors que les hommes présentaient des scores significativement plus élevés concernant l'irritabilité, l'agressivité et la prise de risques. Les auteurs mettent en avant le peu d'études sur le trouble de personnalité antisociale incluant des femmes en comparaison à celles incluant des hommes et le fait que de nombreuses études portaient sur des populations carcérales, ce qui sélectionnerait des sujets présentant un trouble de personnalité antisociale plus sévère au sein de la population féminine ; en effet, plusieurs études auraient démontré que les femmes étaient significativement moins fréquemment condamnées à des peines de prison que les hommes.

Plusieurs auteurs (98, 101) suggèrent une différence en fonction du genre dans l'expression de l'impulsivité. Ainsi, chez les femmes, cette impulsivité s'exprimerait davantage par des comportements auto-agressifs (scarifications, tentatives de suicide) alors qu'elle s'exprimerait davantage par des comportements hétéro-agressifs chez les hommes. Cette expression différentielle serait en lien avec des rôles sociaux genrés et pourrait être à l'origine selon plusieurs auteurs de la différence de prévalence en fonction du genre retrouvée dans certains troubles de la personnalité, comme le trouble borderline et le trouble de personnalité antisociale. Pour Bjorklund, cette autoagressivité chez la femme serait le reflet de la « marchandisation » du corps de la femme dans la société.

Une étude en 2017 (102) s'intéressant au trouble borderline chez les hommes inclut une revue de la littérature concernant les différences symptomatiques retrouvées entre hommes et femmes : plusieurs études retrouvent des schémas symptomatiques similaires entre hommes et femmes, également sur le taux de tentative de suicide ou de suicide. Plusieurs autres études montreraient en revanche une tendance plus importante chez les hommes à présenter des crises de colère alors que les femmes présenteraient davantage de paranoïa, dissociation, trouble identitaire et instabilité affective. Les hommes présentant un trouble borderline auraient également des taux d'impulsivité, d'agressivité et d'hostilité plus élevés que les femmes.

c. Un biais diagnostique chez les cliniciens

Selon Widiger (107), il existerait également un biais concernant l'application des critères diagnostiques par les cliniciens, qui auraient tendance à s'appuyer sur certains

symptômes qu'ils considèrent comme centraux et décisifs au diagnostic, au lieu d'examiner spécifiquement chaque critère. Cela aurait pour effet un sur-diagnostic des troubles de personnalité histrionique chez les femmes et antisociale chez les hommes. Il met également l'accent sur le fait que les diagnostics de certains troubles de personnalité requièrent un jugement complexe, subjectif et implicite plus ou moins important : les critères pour le trouble de personnalité antisociale seraient en effet bien plus faciles à déterminer, car correspondant à des actions concrètes (comme des conduites délictuelles), alors que les critères du trouble histrionique seraient bien plus soumis au jugement personnel du clinicien (comme un comportement séducteur).

Plusieurs études utilisant la méthode analogique, ou vignettes cliniques, ont testé ce biais diagnostique sur les troubles de personnalité. Une étude de Warner en 1978 (109) analysait les diagnostics donnés par deux groupes de cliniciens à propos d'une vignette clinique décrivant un patient ou une patiente présentant les critères de personnalité histrionique selon le DSM III. Les auteurs trouvaient que lorsqu'une patiente était décrite, la majorité des cliniciens attribuaient le diagnostic de trouble histrionique alors que s'il s'agissait d'un patient, le diagnostic le plus porté était celui de trouble de personnalité antisociale.

De même, Adler en 1990 (110) testait cette hypothèse en utilisant cette fois des vignettes cliniques décrivant des troubles de personnalité borderline, narcissique, histrionique et dépendante auprès de 46 cliniciens aux Etats-Unis. En accord avec les résultats de Warner, les auteurs trouvaient que les hommes étaient significativement plus fréquemment diagnostiqués comme ayant un trouble narcissique alors que les femmes étaient plus fréquemment diagnostiquées comme ayant un trouble histrionique. A l'inverse, le trouble narcissique chez les femmes et le trouble histrionique chez les hommes étaient rarement évoqués. Les auteurs ne trouvaient pas de différence en fonction du genre concernant le diagnostic de trouble borderline. Le trouble de personnalité dépendante était très souvent omis par les cliniciens.

S'intéressant plus particulièrement au trouble borderline, Becker et Lamb en 1994 (111) mettent l'accent sur la stigmatisation fréquemment associée à ce trouble et la forte tendance des cliniciens à porter ce diagnostic auprès des patients (et plus particulièrement des patientes). Ils rappellent la proportion importante de patients ayant subi des abus sexuels dans l'enfance présentant un trouble borderline à l'adolescence ou l'âge adulte, et

suggèrent une probable confusion entre des symptômes d'état de stress post traumatique (ESPT) et de trouble borderline, hypothèse également avancée par Bjorklund. En effet, les cliniciens auraient tendance à attribuer une origine plus fréquemment intrapsychique qu'environnementale à des comportements problématiques, phénomène qui serait davantage à l'œuvre chez les femmes, et inverse chez les hommes. Les auteurs réalisaient donc une étude utilisant des vignettes cliniques décrivant un patient ou une patiente présentant autant de symptômes d'ESPT que de trouble borderline selon le DSM III, associés à des antécédents d'abus sexuels dans l'enfance. Partant du postulat selon lequel l'attribution d'un diagnostic d'ESPT à un patient ayant subi des abus sexuels dans l'enfance équivaldrait à l'identification d'une cause environnementale ou situationnelle aux troubles, alors qu'un diagnostic de trouble borderline équivaldrait à une cause intrapsychique, les auteurs émettaient l'hypothèse que les cliniciens allaient plus fréquemment poser un diagnostic d'ESPT chez les hommes et de trouble borderline chez les femmes. L'étude portait sur 1080 cliniciens de Pennsylvanie aux Etats-Unis: 360 psychologues, 360 travailleurs sociaux et 360 psychiatres, d'orientation majoritairement analytique. Les diagnostics les plus fréquemment portés étaient le trouble borderline en premier, la dysthymie, la personnalité « masochiste », puis l'ESPT. Dans les vignettes, les femmes étaient significativement plus fréquemment diagnostiquées comme ayant un trouble borderline par rapport aux hommes. Il existait également une différence significative dans le diagnostic de trouble de personnalité antisociale, plus fréquemment attribué aux hommes, et de trouble de personnalité histrionique, plus fréquemment attribué aux femmes, concordant avec les résultats de Warner. Les résultats concernant l'ESPT étaient plus surprenants pour les auteurs, qui ne trouvaient pas de différence en fonction du genre du patient décrit mais en fonction du genre du clinicien : les femmes cliniciennes attribuaient en effet plus fréquemment un diagnostic d'ESPT que les hommes. Ces résultats confirment, selon les auteurs, l'intérêt particulier des cliniciens envers le trouble borderline et la forte tendance à attribuer ce diagnostic globalement, ainsi que l'impact du genre du patient sur ce diagnostic. L'hypothèse selon laquelle la sous-attribution du diagnostic d'ESPT pourrait refléter un défaut de sensibilisation ou de familiarité avec ce trouble chez les cliniciens serait discutable selon les auteurs, du fait de l'attribution plus fréquente du trouble de personnalité « masochiste », pourtant moins familier ; les auteurs suggèrent donc un impact de l'attractivité du diagnostic.

A l'inverse, une étude de Woodward en 2009 (112) étudiant également le trouble borderline et l'ESPT au moyen de vignettes cliniques ne retrouvait pas de biais de genre dans le diagnostic. Les auteurs retrouvaient en revanche des différences de diagnostic en fonction de l'orientation du clinicien : les cliniciens ayant une approche cognitivo-comportementale diagnostiquaient plus fréquemment un ESPT alors que les cliniciens ayant une approche analytique attribuaient plus fréquemment un diagnostic de trouble borderline.

Dans une autre étude de 1989 explorant l'impact des prévalences statistiques des troubles sur le diagnostic, Ford et Widiger utilisaient des vignettes cliniques décrivant plusieurs cas, homme ou femme, présentant des critères diagnostiques plus ou moins orientés vers un trouble de personnalité histrionique ou antisocial. Leur hypothèse était que si le diagnostic est influencé par les données statistiques, l'impact du genre serait davantage présent dans les cas présentant des critères de trouble de personnalité ambigus. Or, les résultats obtenus montraient que le genre influait sur le diagnostic davantage dans les cas présentant le moins d'ambiguïté. Ils retrouvaient à nouveau une tendance forte à diagnostiquer les hommes avec un trouble de personnalité antisociale et les femmes avec un trouble de personnalité histrionique, sans différence retrouvée pour les autres troubles de personnalité.

Pour Flanagan et Blashfield (113) les résultats des vignettes cliniques dans la littérature ne concorderaient donc pas toujours, en fonction du cas décrit, de l'échantillon de cliniciens, des informations fournies dans le cas, ou de différences méthodologiques. Les auteurs se sont donc posé plusieurs questions : quels aspects du cas font que le genre influence le diagnostic ? Le genre influence-t-il le diagnostic au travers de certains critères diagnostiques ? Le genre affecte-t-il le diagnostic lorsque des éléments contextuels sont donnés ? Leur étude, réalisée en 2005 aux Etats-Unis sur 99 psychologues (75%) et psychiatres (25%), reprenait donc le principe des vignettes cliniques, avec cette fois une spécificité : les phrases du cas clinique apparaissaient progressivement aux cliniciens qui, à chaque étape, devaient donner le meilleur diagnostic possible en fonction des informations données. Les cas présentés correspondaient à des histoires identiques d'un homme ou d'une femme présentant des critères de trouble de personnalité antisociale et/ou histrionique selon le DSM III, selon plusieurs agencements : un des cas comportait huit critères de trouble de personnalité antisociale, un autre quatre critères « antisocial » et quatre critères « histrionique », un autre deux critères « antisocial » et deux « histrionique » et enfin un cas

comportant huit critères « histrionique ». Parmi tous les cas, le diagnostic de trouble de personnalité antisociale était utilisé significativement plus fréquemment dans les cas décrivant un homme et le diagnostic de personnalité histrionique significativement plus fréquemment dans les cas décrivant une femme. Les résultats en fonction du genre concernant les diagnostics de trouble narcissique ou borderline n'étaient pas significatifs. Le diagnostic de trouble histrionique était significativement plus utilisé chez les femmes pour les cas avec huit critères « histrionique » et pour les cas avec deux critères « antisocial » et deux « histrionique ». Le diagnostic de trouble antisocial était significativement plus utilisé chez les hommes pour les cas avec huit critères « antisocial » et pour les cas avec huit critères « histrionique ». En analysant en détail les réponses données en fonction des étapes dans le cas présentant huit critères « antisocial », les auteurs retrouvaient que le diagnostic de trouble de personnalité antisociale était évoqué significativement plus fréquemment dans le cas d'un homme que d'une femme dès l'étape 2 (lors de l'apparition des premiers critères du trouble). Cet effet restait significatif jusqu'à l'étape 7 et n'était plus présent à l'étape 8, lorsque le diagnostic devenait évident. Concernant le cas présentant deux critères « histrionique » et deux critères « antisocial », le diagnostic de trouble histrionique était évoqué dès l'étape 3 (introduction du premier critère de ce trouble) uniquement lorsque le cas décrivait une femme. La tendance était moindre lors des étapes suivantes, décrivant les autres traits de personnalité, tout en restant significative, et s'accroissait à nouveau lorsque le dernier critère du trouble histrionique était donné. Les résultats concernant le cas présentant huit critères « histrionique » étaient plus complexes : les résultats montrant le diagnostic de trouble histrionique plus fréquent chez les femmes n'étaient significatifs qu'à l'étape 6 et après l'étape 9. En effet, les diagnostics les plus fréquemment évoqués pour ce cas avant l'étape 9 étaient le trouble narcissique et l'absence de trouble de personnalité, sans effet de genre. Lors de l'étape 6, décrivant deux critères de trouble histrionique, les hommes étaient diagnostiqués à 62.5% comme « narcissiques » alors que les femmes étaient diagnostiquées 42% « narcissiques » et 33% « histrioniques ». A l'étape 9, lorsque le terme « dramatique » était employé et que le discours du patient était décrit comme « vague », l'effet du genre sur le diagnostic redevenait significatif, avec un diagnostic de trouble histrionique chez les femmes et de trouble narcissique chez les hommes. Le cas présentant quatre critères « histrionique » et 4 critères « antisocial » était également un exemple intéressant de l'impact du genre sur le diagnostic. Les premières étapes (1 à 4) de

ce cas donnaient des éléments contextuels sur le patient, sans critères cliniques diagnostiques : à l'étape 2, le patient était décrit comme bien habillé et se présentant chez le clinicien sans rendez-vous ; à l'étape 3, le patient disait que sa mère était actrice et son père joueur de football. Les résultats montraient qu'à ces étapes, alors qu'aucune information clinique n'était donnée, les femmes étaient significativement plus fréquemment diagnostiquées avec un trouble histrionique, alors que le diagnostic le plus fréquemment évoqué pour les hommes était « pas de trouble de personnalité », quelques cliniciens ayant utilisé le diagnostic de trouble narcissique. Pour ce cas, indépendamment du genre du patient décrit, le diagnostic le plus fréquemment évoqué était celui de trouble borderline.

Cette étude montre, selon les auteurs, que les cliniciens ont tendance à poser leur diagnostic en fonction de « bribes » d'information obtenues auprès du patient. La fréquence significativement plus importante de diagnostic de trouble histrionique chez les femmes et de trouble antisocial chez les hommes était confirmée, avec une absence d'effet du genre sur les diagnostics de troubles narcissique et borderline. Le genre était significativement relié aux étapes présentant des critères diagnostiques, sauf dans le cas quatre critères « antisocial » et quatre critères « histrionique ». Le diagnostic de trouble de personnalité antisociale semble plus simple à poser que celui de trouble histrionique pour les cliniciens, comme en témoignent les diagnostics portés pour les cas avec huit critères « antisocial » et huit critères « histrionique ». Ils relèvent également que les critères de ces deux troubles mixés (le cas quatre critères « antisocial » et quatre critères « histrionique ») forment pour la majorité des cliniciens de l'étude un diagnostic de trouble borderline, ce qui pourrait expliquer la prévalence importante de ce trouble en population clinique. Le genre apparaîtrait donc comme élément contextuel, affectant l'interprétation des informations diagnostiques, mais aussi des informations non-diagnostiques qui auraient un impact clinique (l'environnement familial, la présentation du patient).

V. Discussion

A travers cette revue de la littérature, nous avons tenté de définir, de comprendre et d'évaluer la relation entre genre et pathologie psychiatrique, et son impact sur le diagnostic. Cette relation est complexe, le genre intervenant dans le diagnostic à plusieurs niveaux. Du côté du patient, les normes sociales liées au genre interviennent dans son rapport au soin,

dans son statut social (via des notions de pouvoir inhérentes au genre), et donc dans sa façon d'exprimer certains symptômes face à une souffrance psychique ou des traits de personnalité. Du côté du clinicien, le genre intervient à la fois dans la catégorisation des diagnostics psychiatriques, dans les représentations sociales du patient présentant une pathologie psychiatrique mais aussi dans le jugement clinique de certains symptômes exprimés par le patient.

Plusieurs auteurs suggèrent des solutions afin d'éviter ce biais diagnostique, qui peut avoir de lourdes conséquences. En effet, comme évoqué précédemment, la sous-détection de la dépression masculine pourrait par exemple avoir pour conséquence un taux plus élevé de suicide dans cette population. De même, un diagnostic de trouble antisocial, de trouble borderline ou de trouble histrionique n'aura pas forcément les mêmes conséquences en termes de soins et de parcours de vie (incarcérations, hospitalisations).

Dans son travail sur les biais ethniques et de genre impliqués dans le diagnostic des troubles de personnalité, la philosophe Delphin (114) propose un engagement des cliniciens dans une pratique cognitive spécifique, qui leur permettrait d'accéder à une réflexion consciente sur leur compétence et sur le processus cognitif impliqué dans leurs prises de décision. Elle liste certaines questions que les cliniciens devraient se poser lorsqu'ils prennent une décision diagnostique : « Quels sont les stéréotypes communs ou généraux associés à l'ethnicité, le genre ou le statut social de cette personne ? Mes perceptions de ce patient/cette patiente sont-elles similaires ou différentes de ces stéréotypes ? La présentation clinique de ce patient est-elle impactée par des influences culturelles ? Quelle fonction pourraient avoir ces symptômes chez cet individu ? Cette fonction est-elle adaptée ou inadaptée ? ». Elle cite également, comme plusieurs autres auteurs (98, 111), l'intérêt de la mise en place d'« équipes thérapeutiques », dans lesquelles deux cliniciens ou plus s'accorderaient sur un diagnostic avant qu'il ne soit posé.

Dans une étude sur les différences en fonction du genre dans la dépression (68), les auteurs mettent également l'accent sur l'intérêt d'incorporer la théorie intersectorielle dans les études sur le genre. Cette théorie étudie le mécanisme par lequel les multiples identités sociales (comme le genre mais aussi le statut social, l'ethnie, l'orientation sexuelle) convergent pour produire plusieurs combinaisons de privilèges ou d'oppression chez un individu, et ainsi accentuer les inégalités.

Plusieurs auteurs, comme évoqué précédemment, récusent en partie la catégorisation de certains symptômes dans le DSM, et revendiquent une adaptation des critères en fonction du genre, afin d'éviter toute tendance à étiqueter comme pathologiques des comportements genrés extrêmes. Le Cultural Formulation Interview (CFI) du DSM V (115) peut être un outil intéressant pour intégrer le genre dans le diagnostic psychiatrique. En effet, ce questionnaire propose plusieurs abords diagnostiques : la définition culturelle du problème, la perception culturelle des causes, du contexte et du soutien, les facteurs culturels influençant le *coping* et la recherche d'aide antérieure, et les facteurs culturels influençant la recherche d'aide actuelle. Le rôle de l'identité culturelle est ainsi mis en avant dans la définition du problème avancé par le patient, ce qui pourrait permettre de limiter les biais diagnostiques liés aux conceptions stéréotypées du clinicien.

Une étude de 2005 (116) se penchait sur l'intérêt d'obtenir de meilleurs outils diagnostiques pour les troubles de personnalité, pouvant relever d'une pratique diagnostique basée sur les preuves. Leur étude testait une procédure en deux étapes : en premier, un auto-questionnaire permettant d'alerter sur la potentielle présence de traits de personnalité pathologiques, puis un entretien semi-structuré était utilisé pour vérifier et documenter leur présence. D'après plusieurs études citées par les auteurs, les entretiens semi-structurés permettraient en effet d'obtenir un diagnostic plus fiable comparé aux entretiens non structurés, qui omettent fréquemment plusieurs critères diagnostiques dans le cas des troubles de personnalité (117). Le diagnostic de ces troubles serait sous-tendu par un processus hiérarchique (110), analogique (en exagérant la similitude entre deux symptômes une fois qu'un trouble est suspecté) (118) voire même des intérêts idiosyncrasiques (119) (selon les impressions des cliniciens, les pathologies qu'ils connaissent le mieux) . La fiabilité du diagnostic reposerait autant sur l'outil diagnostique utilisé que sur la validité de critères spécifiques (120). Peu de diagnostics psychiatriques aujourd'hui reposent sur des données systématisées et des outils de mesure reproductibles et objectifs, hormis les diagnostics de retard mental et des troubles des apprentissages. C'est pourquoi l'APA (American Psychiatric Association) et le groupe de travail sur la nomenclature du DSM 5 du National Institute of Mental Health avaient recommandé davantage d'outils d'évaluation structurés pour l'identification des critères diagnostiques dans le DSM 5 (121). Cependant, les cliniciens sont souvent réticents à utiliser les entretiens semi-structurés, qui omettraient en partie la complexité des troubles de personnalité, en fonction notamment de l'histoire du

patient ou de son rapport au thérapeute. Les auteurs rappellent donc qu'un outil diagnostique au moyen d'entretiens non structurés aurait fait ses preuves en matière de fiabilité diagnostique dans les troubles de personnalité : le SWAP 200 (Shedler-Western Assessment Procedure 200) (122). Cet outil « s'efforce de prendre en compte toute la richesse et la complexité des constructions et formulations psychanalytiques sans négliger la rigueur empirique », au moyen de 200 items classés par le clinicien, inspirés de la littérature psychanalytique des troubles de personnalité. Concernant les auto-questionnaires, les auteurs rappellent l'intérêt d'avoir des grilles de lecture permettant au clinicien de prendre en compte les éventuels biais de réponse dus aux troubles de la personnalité recherchés, et notamment prendre en compte les biais de genre très présents dans le cas de ces questionnaires.

Afin de lutter contre le biais de genre, il est également important d'intégrer le rôle des politiques de santé mentale. L'OMS a publié en 2011 un « *Guide pratique à l'usage des administrateurs de la santé pour prendre en compte les considérations de genre* » afin d'éveiller et former les administrateurs de la santé à l'analyse des spécificités liées au genre et à la planification basée sur cette analyse. Au cours de son comité régional de l'Europe en 2016 (123), axé sur la santé des femmes, l'OMS suggère que : « *Les systèmes de santé doivent veiller à ce que les besoins différenciés des femmes soient intégrés dans toutes les politiques et stratégies nationales de santé (...) en renforçant les connaissances, les aptitudes et les compétences du personnel de santé afin d'agir sur les interactions entre la biologie, le genre et d'autres déterminants sociaux de la santé et leur impact sur la santé et le bien-être des femmes ; et en luttant contre les stéréotypes liés au genre susceptibles d'établir une discrimination directe ou indirecte contre les femmes en matière d'accès aux services de santé et de soins de santé* ».

Il est à noter que, dans cette revue de la littérature, une grande partie des auteurs d'études et d'ouvrage portant sur le genre sont des femmes. On remarque en effet qu'historiquement, le concept de genre a pu faire émerger des notions de pouvoir et de discrimination envers les femmes, faisant donc partie intégrante du combat féministe, qui vise à l'égalité et l'équité entre les sexes. Cette lutte semble ainsi portée majoritairement, malheureusement, par des femmes. Concernant l'impact du genre sur la santé, les préoccupations internationales portent également essentiellement sur la santé des femmes, ayant globalement moins accès aux structures de soin de par le monde. Un des aspects les

plus inquiétants réside dans le fait que pendant de nombreuses années (et encore aujourd'hui), les femmes étaient majoritairement exclues des études cliniques et des tests thérapeutiques, pour des raisons parfois obscures (124). Cependant, depuis plusieurs années, la question de l'impact du genre sur la santé masculine se pose également. Comme décrit à travers l'étude de la dépression, les normes hégémoniques masculines ont également des effets néfastes sur la santé des hommes. Certains auteurs évoquent une « bénédiction mitigée », les hommes se sentant davantage encouragés à s'engager dans des activités professionnelles ou des comportements à risque pour « prouver leur masculinité », entraînant notamment une mortalité plus précoce (125). Les normes hégémoniques, dans le sens d'un homme « fort », « sans émotions », et « supérieur » sont également à l'origine de violences envers les femmes, notamment domestiques, impactant donc aussi la santé mentale et physique de celles-ci (126).

Pour toutes ces raisons, la pensée féministe actuelle, bien que toujours source de débats, tend de plus en plus à « *Défaire le Genre* », dans un objectif non binaire, afin de mieux lutter contre ces rapports de pouvoir délétères et libérer l'individu des normes sociales liées à son identité.

VI. Conclusion

Le diagnostic en psychiatrie est un processus complexe, dépendant de nombreuses variables, point parfois clé dans la vie d'un patient et objectif crucial dans la formation du psychiatre. Entre biologie et société, entre normal et pathologique, le genre impacte donc bien le diagnostic des troubles psychiatriques sous forme de biais, et ce à plusieurs niveaux. L'étude de cette interaction fut et reste un vaste champ de recherche depuis la fin du XXème siècle. Avec l'évolution des sociétés et des représentations sociales en santé mentale et en terme de genre, cet impact va probablement continuer d'évoluer et de se transformer. Dans de futures études, il serait intéressant d'étudier l'impact du genre sur d'autres troubles psychiatriques, comme les troubles psychotiques, l'autisme, les troubles du comportement alimentaire ou le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, dont les prévalences et les présentations cliniques sont connues pour différer en fonction du genre. Le genre a en effet un impact dès la naissance et tout au long du développement psychique d'un individu : les rapports sociaux et parentaux, les modalités d'attachement, le mode réactionnel et les

comportements sont modulés dès le plus jeune âge par ces normes genrées, au-delà de conceptions génétiques et neurobiologiques pures, mais en tant qu'interaction entre environnement et biologie. Agir sur les rapports de pouvoir à l'origine d'une binarité stérile entre les genres semble être aujourd'hui une priorité afin de lutter contre leurs effets délétères, notamment en terme de santé mentale, et ce tant chez les hommes que chez les femmes. La *subversion de l'identité* de Judith Butler ne devrait aujourd'hui plus être un combat contre des normes, ni une opinion politisée, ni considérée comme une théorie discutable contre-nature et dé-biologisante, mais comme un processus identitaire propre à chacun dans une société commune. Il serait intéressant que les psychiatres eux-mêmes, par une prise de conscience progressive et objective, tentent de limiter les impacts négatifs de ces normes inconscientes dans le domaine professionnel.

BIBLIOGRAPHIE:

1. EATON, N.R., KEYES, K.M, KRUEGER, R.F., BALSIS, S, SKODOL, A. E., MARKON, K. E., GRANT, B.F. et HASIN, D.S. An invariant dimensional liability model of gender differences in mental disorder prevalence: Evidence from a national sample. *Journal of Abnormal Psychology*. 2012. Vol. 121, n° 1, pp. 282-288.
2. OMS | Qu'entendons-nous par « sexe » et par « genre » ? *WHO* [en ligne]. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/gender/whatisgender/fr/>
3. PARINI, L. Le concept de genre : constitution d'un champ d'analyse, controverses épistémologiques, linguistiques et politiques. *Socio-logos . Revue de l'association française de sociologie* vol.5, 2010.
4. LAROUSSE, Éditions. Définitions : genre - Dictionnaire de français Larousse. Disponible à l'adresse : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/genre/36604>
5. Bulletin officiel n°34 du 22 septembre 2005. Disponible à l'adresse : <http://www.education.gouv.fr/bo/2005/34/CTNX0508542X.htm>
6. gender | Definition of gender in English by Oxford Dictionaries. *Oxford Dictionaries | English*. Disponible à l'adresse : <https://en.oxforddictionaries.com/definition/gender>
7. OFFEN, K. Le gender est-il une invention américaine ? *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 2006. N° 24, pp. 291-304.
8. FONDIMARE, E. Le genre, un concept utile pour repenser le droit de la non-discrimination. *La Revue des droits de l'homme. Revue du Centre de recherches et d'études sur les droits fondamentaux*, N° 5, 2014.
9. DURKHEIM, E. La Prohibition de l'Inceste et ses Origines. *Revista Mexicana de Sociología*. 1959. Vol. 21, n° 3, pp. 1153.
10. MEAD, M. Sex and Temperament Primitive Societies. . 1935. pp. 6.
11. MONEY, J. Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: psychologic findings. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, 1955. Vol. 96, n° 6, pp. 253-264.
12. STOLLER, R. J. *Sex and Gender*. Hogarth, 1968.
13. MONEY, J. et EHRHARDT, A.A. *Man & woman, boy & girl: the differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity*. Johns Hopkins University Press, 1972.
14. OAKLEY, A. *Sex, Gender and Society*. Aldershot : Temple Smith, 1972.
15. BERGER P.L, LUCKMANN T. *La construction sociale de la réalité* -. Random House. 1966.
16. ZACCAÏ-REYNERS, N. Fiction et typification. Contribution à une approche théorique de la transmission de l'expérience. *Methodos. Savoirs et textes*, 2005. N° 5.
17. SCHUTZ, A. *L'Etranger: Un essai de psychologie sociale*. Allia, 1944.

18. QRIBI, A. Socialisation et identité. L'apport de Berger et Luckmann à travers « la construction sociale de la réalité ». *Bulletin de psychologie*. 2010. Vol. Numéro 506, n° 2, pp. 133..
19. FOUCAULT, M. *Histoire de la sexualité: Le souci de soi*. Gallimard, 1984.
20. FOUCAULT, M. Le Sujet et le Pouvoir. In : *Dits et Ecrits, Tome 4*. Gallimard. 1980.
21. HÉRITIER, F. *Masculin/Féminin: La pensée de la différence*. Odile Jacob, 1996.
22. BOURDIEU, Pierre. *La Domination masculine*. Editions du Seuil. 1998. Liber.
23. SCOTT, J.W. Genre : Une catégorie utile d'analyse historique. VARIKAS, E. (trad.), *Les Cahiers du GRIF*. 1988. Vol. 37, n° 1, pp. 125-153..
24. HARTMANN H.I. The Unhappy Marriage of Marxism and Feminism. In : *Women and Revolution: a discussion of the unhappy marriage of Marxism and Feminism*. 1981.
25. DELPHY C. *L'ennemi principal- Penser le genre*. Syllepse, 1998.
26. CHODOROW, N. *The Reproduction of Mothering: Psychoanalysis and the Sociology of Gender*. 1978.
27. LAUGIER, S. L'éthique du care en trois subversions, Abstract. *Multitudes*, 2010. N° 42, pp. 112-125.
28. BUTLER, J. *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*, Routledge, 1990.
29. BUTLER, J. *Défaire le genre*. Editions Amsterdam/Multitudes, 2016.
30. BUTLER, J, FASSIN, E et SCOTT, J.W. Pour ne pas en finir avec le « genre »... Table ronde. *Sociétés & Représentations*. 2007. N° 24, pp. 285-306.
31. SCOTT, J. W. *Gender and the Politics of History*. Columbia University Press, 1999.
32. CARNAC, R. L'Église catholique contre « la théorie du genre »: construction d'un objet polémique dans le débat public français contemporain. *Synergies*. 2014. pp. 125-143.
33. CONNELL, R. *Masculinities*. University of California Press, 1995.
34. DAGENAIS, H. et DEVREUX, A-M. Les hommes, les rapports sociaux de sexe et le féminisme : des avancées sous le signe de l'ambiguïté. *Recherches féministes*. 1998. Vol. 11, n° 2, pp. 1.
35. LE TALEC, J-Y. Des Men's Studies aux Masculinity Studies : du patriarcat à la pluralité des masculinités. *SociologieS*, 2016.
36. Francis Dupuis-Déri, compagnon de route des féministes? Disponible à l'adresse : <https://www.gazettedesfemmes.ca/12575/francis-dupuis-deri-compagnon-de-route-des-feministes/>
37. Assemblée nationale - Société : diffusion de la théorie du gender en France. Disponible à l'adresse : http://www.assemblee-nationale.fr/14/dossiers/diffusion_theorie_gender.asp

38. Théorie du genre : ce que le pape a vraiment dit - La Croix, 2016. Disponible à l'adresse : <https://www.la-croix.com/Religion/Pape/Theorie-genre-pape-vraiment-2016-10-03-1200793439>
39. GARBAGNOLI S, PREARO M, La croisade « anti-genre ». Du Vatican aux manifs pour tous. [en ligne]. Disponible à l'adresse : <https://journals.openedition.org/lectures/23788>
40. DESWARTE, E. Les représentations sociales. *Psychologie-sociale*. Disponible à l'adresse : <http://www.psychologie-sociale.net/images/football.jpg>
41. JEOFFRION, C. Santé et Représentations sociales : une étude « multi-objets » auprès de Professionnels de Santé et Non-Professionnels de Santé. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*. 2009. Vol. Numéro 82, n° 2, pp. 73.
42. SURAULT, P. Milieu social et santé mentale : représentations, stigmatisation, discrimination, 2005, Vol. 81, pp. 12.
43. ROELANDT, J.-L., CARIA, A., DEFROMONT, L., VANDEBORRE, A. et DAUMERIE, N. Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. *L'Encéphale*, 2010, Vol. 36, n° 3, pp. 7-13.
44. LAROUSSE, Éditions. Définitions : anormal, anormale, anormaux - Dictionnaire de français Larousse.. Disponible à l'adresse : https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/anormal_anormale_anormaux/3751
45. HARPER, S. *Madness, Power and the Media*. London : Palgrave Macmillan UK, 2009.
46. ANDERSON, E.A. The "Chivalrous" treatment of the female offender in the arms of the criminal justice system: A review of the literature. *The Female Offender*. pp. 8.
47. WHITLEY, R, ADEPONLE, A et MILLER, A-R. Comparing gendered and generic representations of mental illness in Canadian newspapers: an exploration of the chivalry hypothesis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2015. Vol. 50, n° 2, pp. 325-333..
48. SHOWALTER, E. Ophelia, gender and madness. *The British Library*, 2016. Disponible à l'adresse : <http://www.bl.uk/shakespeare/articles/ophelia-gender-and-madness>
49. BUSFIELD, J. *Men, women and madness: understanding gender and mental disorder*. Macmillan, 1996.
50. OMS: Les femmes et la santé. WHO. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/gender/women_health_report/fr/
51. GOVENDER, V. et PENN-KEKANA, L. Gender biases and discrimination: a review of health care interpersonal interactions. *Global Public Health*. 2008. Vol. 3, n° sup1, pp. 90-103.
52. BANKS, I. No man's land: men, illness, and the NHS. *BMJ*. 2001. Vol. 323, n° 7320, pp. 1058-1060.
53. COURTENAY, W.H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science*. 2000. pp. 17.
54. O'BRIEN, R. HUNT, K. et HART, G. 'It's caveman stuff, but that is to a certain extent how guys still operate': men's accounts of masculinity and help seeking. *Social Science & Medicine*. 2005. Vol. 61, n° 3, pp. 503-516.

55. WALLSTON, B.S et GRADY, K.E. Integrating the feminist critique and the crisis in social psychology: Another look at research methods. In : *Women, gender, and social psychology*. V. E. O'Leary, R. K. Unger, B. S. Wallston. 1985. pp. 7-33.
56. LEWIS, R., LAMDAN, R. M., WALD, D. et CURTIS, M. Gender Bias in the Diagnosis of a Geriatric Standardized Patient: A Potential Confounding Variable. *Academic Psychiatry*. 2006. Vol. 30, n° 5, pp. 392-396.
57. BREWER, M.B. A dual process model of impression formation. In : . Hillsdale, NJ, US : Lawrence Erlbaum Associates, Inc, 1988. pp. 1-36. *Advances in social cognition*, Vol. 1.
58. KAPLAN, M. A woman's view of DSM III. *American Psychologist*. 1983. N° 38, pp. 786-792.
59. CHESLER, P. *Women and Madness*. Avon Books. 1982.
60. BROVERMAN, I K., BROVERMAN, D M., CLARKSON, F E., ROSENKRANTZ, P.S. et VOGEL, S.R. Sex-role stereotypes and clinical judgments of mental health. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1970. Vol. 34, n° 1, pp. 1.
61. WIDIGER, T.A. et SETTLE, S. A. Broverman et al. revisited: An artifactual sex bias. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1987. Vol. 53, n° 3, pp. 463-469.
62. VERBRUGGE, L.M. How physicians treat mentally distressed men and women. *Social Science & Medicine*. 1984. Vol. 18, n° 1, pp. 1-9.
63. REDMAN, S, WEBB, G.R., HENNRİKUS, D.J., GORDON, J.J. et SANSON-FISHER, R.W. The effects of gender on diagnosis of psychological disturbance. *Journal of Behavioral Medicine*. 1991. Vol. 14, n° 5, pp. 527-540.
64. Principaux repères sur la dépression. *World Health Organization* [en ligne]. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>
65. KUEHNER, C. Why is depression more common among women than among men? *The Lancet Psychiatry*. 2017. Vol. 4, n° 2, pp. 146-158.
66. COMSTOCK et HELSING. Symptoms of Depression in Two Communities. *Psychological Medicine*. 1976. Vol. 6.
67. DUNLOP et MLETZKO. Will current socioeconomic trends produce a depressing future for men? *British Journal of Psychiatry*. 2011. N° 198.
68. SMITH, D.T., MOUZON, D. M. et ELLIOTT, M. Reviewing the Assumptions About Men's Mental Health: An Exploration of the Gender Binary. *American Journal of Men's Health*. 2018. Vol. 12, n° 1, pp. 78-89.
69. WEISSMAN et KLERMAN. Sex differences and the epidemiology of depression. *Archives of General Psychiatry*. 1977. N° 34.
70. WELLS, J. E et HORWOOD, L. J. How accurate is recall of key symptoms of depression? A comparison of recall and longitudinal reports. *Psychological Medicine*. 2004. Vol. 34, n° 6, pp. 1001-1011.
71. NAZROO, J.Y, EDWARDS, A.C et BROWN, G.W. Gender differences in the prevalence of depression: artefact, alternative disorders, biology or roles? *Sociology of Health & Illness*. 1998. Vol. 20, n° 3, pp. 312-330.

72. BRODY, L.R et HALL, J.A. Gender, Emotion, and Socialization. *Handbook of Gender Research in Psychology*, Springer, New York. 2010.
73. SHIELDS, S.A. Thinking about gender, thinking about theory: Gender and emotional experience. *Gender and emotion: Social psychological perspectives*. 2000. pp. 3-23.
74. CONWAY, M. On Sex Roles and Representations of Emotional Experience: Masculinity, Femininity, and Emotional Awareness. *Sex Roles*. 2001. pp. 12.
75. BOGNER, H.R. et GALLO, J. J. Are higher rates of depression in women accounted for by differential symptom reporting? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2004. Vol. 39, n° 2, pp. 126-132.
76. YOUNG, M.A., SCHEFTNER, W.A., FAWCETT, J et KLERMAN, G. L. Gender Differences in the Clinical Features of Unipolar Major Depressive Disorder: *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1990. Vol. 178, n° 3, pp. 200-203.
77. FRANK, E, CARPENTER, L et KUPFER, D.J. Sex differences in recurrent depression: are there any that are significant? *American Journal of Psychiatry*. 1988. Vol. 145, n° 1, pp. 41-45.
78. VREDENBURG, K, KRAMES, L et FLETT, G.L. Sex differences in the clinical expression of depression. *Sex Roles*. 1986. Vol. 14, n° 1-2, pp. 37-49.
79. ADDIS, M.E. Gender and Depression in Men. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2008. Vol. 15, n° 3, pp. 153-168.
80. BROWNHILL, S, WILHELM, K, BARCLAY, L et SCHMIED, V. 'Big build': hidden depression in men. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2005. N° 39, pp. 921-931.
81. NEWMANN, J.P. Sex Differences in Symptoms of Depression: Clinical Disorder or Normal Distress? *Journal of Health and Social Behavior*. 1984. Vol. 25, n° 2, pp. 136.
82. ELLIOTT, M. Gender differences in the determinants of distress, alcohol misuse, and related psychiatric disorders. *Society and Mental Health*. 2013. Vol. 3, pp. 96-113.
83. RUTZ, W, VON KNORRING, L, PIHLGREN, H, RIHMER, Z et WÅLINDER, J. Prevention of male suicides: lessons from Gotland study. *The Lancet*. 1995. Vol. 345, n° 8948, pp. 524.
84. RUTZ, W, VON KNORRING, L et WÅLINDER, J. Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1992. N° 85, pp. 83-88.
85. ZIERAU, F, BILLE, A, RUTZ, W et BECH, P. The Gotland Male Depression Scale: A validity study in patients with alcohol use disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2002. Vol. 56, n° 4, pp. 265-271.
86. MARIA MÖLLER-LEIMKÜHLER, A, BOTTLENDER, R, STRAUß, A et RUTZ, W. Is there evidence for a male depressive syndrome in inpatients with major depression? *Journal of Affective Disorders*. 2004. Vol. 80, n° 1, pp. 87-93.
87. MAGOVCEVIC, M. et ADDIS, M.E. The Masculine Depression Scale: Development and psychometric evaluation. *Psychology of Men & Masculinity*. 2008. Vol. 9, n° 3, pp. 117-132.

88. MARTIN, L.A., NEIGHBORS, H.W. et GRIFFITH, D.M. The Experience of Symptoms of Depression in Men vs Women: Analysis of the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA Psychiatry*. 2013. Vol. 70, n° 10, pp. 1100.
89. KUEHNER, C. Is It All Depression? *JAMA Psychiatry*. 2014. Vol. 71, n° 3, pp. 337.
90. WALLEN, J, WAITZKIN, H et STOECKLE, J. Physician Stereotypes about Female Health and Illness:: A Study of Patient's Sex and the Informative Process during Medical Interviews. *Women & Health*. 1979. Vol. 4, n° 2, pp. 135-146.
91. Kirwin Institute for the Study of Race and Ethnicity. *State of the science: Implicit bias review 2015* [en ligne]. 2015. Disponible à l'adresse : <http://kirwaninstitute.osu.edu/implicit-bias-review/>
92. POTTS, M.K, BURNAM, M.A et WELLS, K.B. Gender Differences in Depression Detection: A Comparison of Clinician Diagnosis and Standardized Assessment. *American Psychological Association*. 1991. Vol. 3, pp. 7.
93. BOROWSKY, S.J., RUBENSTEIN, L.V., MEREDITH, L.S., CAMP, Patricia, JACKSON-TRICHE, Maga et WELLS, Kenneth B. Who is at risk of nondetection of mental health problems in primary care? *Journal of General Internal Medicine*. 2000. Vol. 15, n° 6, pp. 381-388.
94. BERTAKIS, K.D, HELMS, L.J, CALLAHAN, E.J, AZARI, R, LEIGH, P et ROBBINS, J.A. Patient Gender Differences in the Diagnosis of Depression in Primary Care. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*. 2001. Vol. 10, n° 7, pp. 689-698.
95. WROBEL, N.H. Effect of Patient Age and Gender on Clinical Decisions. *Professional Psychology: Research and Practice*. 1993. Vol. 24, n° 2, pp. 206-212.
96. LOPEZ, S.R, SMITH, A, WOLKENSTEIN, B.H. et CHARLIN, V. Gender bias in clinical judgment: An assessment of the analogue method's transparency and social desirability. *Sex Roles*. 1993. Vol. 28, n° 1-2, pp. 35-45.
97. MONCANY, A-H et SCHMITT, L. 11. Épidémiologie des troubles de la personnalité. In : *Les personnalités pathologiques*. Lavoisier. Julien-Daniel Guelfi, 2013. pp. 83-91.
98. BJORKLUND, P. No Man's Land: Gender Biases and Social Constructivism in the Diagnosis of Borderline Personality Disorder. *Issues in Mental Health Nursing*. 2006. Vol. 27, n° 1, pp. 3-23.
99. ALEGRIA, A.A., BLANCO, C, PETRY, N. M., SKODOL, A.E., LIU, S.M, GRANT, B et HASIN, D. Sex differences in antisocial personality disorder: Results from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2013. Vol. 4, n° 3, pp. 214-222.
100. SKODOL, A.E et BENDER, DS. Why are women diagnosed borderline more than men? *Psychiatric Quarterly*. 2003. Vol. 4, n° 74, pp. 349-360.
101. DYER, T. The Existence, Causes and Solutions of Gender Bias in the Diagnosis of Personality Disorders. *Western Undergraduate Psychology Journal*. 2016. Vol. 4.
102. BAYES, A et PARKER, G. Borderline personality disorder in men: A literature review and illustrative case vignettes. *Psychiatry Research*. 2017. Vol. 257, pp. 197-202.
103. BROWN, P. Naming and Framing: The Social Construction of Diagnosis and Illness. *Journal of Health and Social Behavior*. 1995. Vol. 35, pp. 34.

104. LANDRINE, H. The Politics of Personality Disorder. *Psychology of Women Quarterly*. 1989. Vol. 13, n° 3, pp. 325-339.
105. AKHTAR, S. *Quest for Answers: A Primer of Understanding and Treating Severe Personality Disorders*. Jason Aronson, 1994.
106. O'DONOHUE, W, FOWLER, K et LILIENFELD, S. *Personality Disorders: Toward the DSM-V*. Thousand Oaks, California, 2007. SAGE Publications.
107. WIDIGER, T.A. Gender Biases in the Diagnosis of Personality Disorders. *Harvard Mental Health Letter*. 2000. pp. 5-6.
108. DOLAN, M et VÖLLM, B. Antisocial personality disorder and psychopathy in women: A literature review on the reliability and validity of assessment instruments. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2009. Vol. 32, n° 1, pp. 2-9.
109. WARNER, R. The diagnosis of antisocial and hysterical personality disorders. An example of sex bias. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1978. Vol. 166, n° 12, pp. 839-845.
110. ADLER, D.A., DRAKE, R.E. et TEAGUE, G.B. Clinician's practices in personality assessment: Does gender influence the use of DSM-III axis II? *Comprehensive Psychiatry*. 1990. Vol. 31, n° 2, pp. 125-133.
111. BECKER, D et LAMB, S. Sex bias in the diagnosis of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder. *Professional Psychology: Research and Practice*. 1994. Vol. 25, n° 1, pp. 55-61.
112. WOODWARD, H. E., TAFT, C.T., GORDON, R. A. et MEIS, L.A. Clinician bias in the diagnosis of posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2009. Vol. 1, n° 4, pp. 282-290.
113. FLANAGAN, E.H. et BLASHFIELD, R.K. Gender acts as a context for interpreting diagnostic criteria. *Journal of Clinical Psychology*. 2005. Vol. 61, n° 12, pp. 1485-1498.
114. DELPHIN, M.E. *Gender and ethnic bias in the diagnosis of antisocial and borderline personality disorders*. Purdue, 2002.
115. DESILVA, R, AGGARWAL, N.K et LEWIS-FERNÁNDEZ, R. The DSM-5 Cultural Formulation Interview and the Evolution of Cultural Assessment in Psychiatry. *Psychiatric Times*. 2015. Vol. 32, pp. d.
116. WIDIGER, T.A. et SAMUEL, D.B. Evidence-based assessment of personality disorders. *Psychological Assessment*. 2005. Vol. 17, n° 3, pp. 278-287.
117. BLASHFIELD, R.K et HERKOV, M.J. Investigating clinician adherence to diagnosis by criteria: A replication of Morey and Ochoa (1989). *Journal of Personality Disorders*. 1996. N° 10, pp. 219-228.
118. CANTOR, N et GENERO, N. Psychiatric diagnosis and natural categorization: A close analogy. In : *Contemporary directions in psychopathology*. T. Millon & G. Klerman. New York : Guilford Press, 1986. pp. 233-256.
119. GUNDERSON, J.G. Diagnostic controversies. *Review of psychiatry*. 1992. Vol. 11, pp. 9-24.

120. SEGAL, D.L et COOLIDGE, F.L. Structured interviewing and DSM classification. *Adult psychopathology and diagnosis*. 2003. Vol. 4, pp. 72-103.
121. ROUNSAVILLE, B.J, ALARCON, R.D, ANDREWS, G, JACKSON, J.S, KENDELL, R.E et KENDLER, K.S. Basic nomenclature issues for DSM-V. *A research agenda for DSM-V*. 2002. pp. 1-29.
122. SHEDLER, J. A new language for psychoanalytic diagnosis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 2002. N° 50, pp. 429-456.
123. Strategy on women's health and well-being in the WHO European Region (2016). [en ligne]. 24 novembre 2017. Disponible à l'adresse : <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/publications/2016/strategy-on-womens-health-and-well-being-in-the-who-european-region-2016>
124. MASTROIANNI, A, FADEN, R et FEDERMAN, D. *Women and health: ethical and legal issues of including women in clinical studies*. National Academic Press, 1994.
125. DOYAL, L. Sex, gender, and health: the need for a new approach. *BMJ*, 2001. Vol. 323, n° 7320, pp. 1061-1063.
126. DOYAL, L. *What makes women sick, gender and the political economy of health*. Macmillan. 1995.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.