

Et si on parlait des hommes?

Chantal Perrault

Volume 15, Number 1, juin 1990

Les Québécoises : dix ans plus tard

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/031546ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/031546ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Perrault, C. (1990). Et si on parlait des hommes? *Santé mentale au Québec*, 15(1), 134–144. <https://doi.org/10.7202/031546ar>

Article abstract

This article raises questions about some of the perverse effects of the reasoning behind correlations between sex and health in our socio-cultural context.

Such a reasoning strongly denounces the psychosocial problems of women, but tends to forget the vulnerability of men which is nonetheless clearly evident in official statistics on suicide, dépendance on alcohol and other drugs, violence and itinerancy.

Et si on parlait des hommes?

*Chantal Perrault**

Cet article se veut un questionnement sur quelques-uns des effets pervers du discours sur l'association sexe/santé dans notre contexte socio-culturel. Ce discours dénonce haut et fort les problèmes psychosociaux des femmes, mais tend à passer sous silence la vulnérabilité des hommes, pourtant inscrite en noir sur blanc dans nos statistiques officielles sur le suicide, la dépendance à l'alcool et autres drogues, la violence et l'itinérance.

En guise de préambule

J'ai sous les yeux le programme du séminaire de février 1990 sur les comportements suicidaires, organisé conjointement par l'Université de Calgary et l'Association canadienne de santé mentale (division de l'Alberta).

On y annonce des exposés sur les enfants, les jeunes, les adultes et les patients suicidaires. Et sur les femmes suicidaires. Mais aucun n'est consacré spécifiquement aux hommes. On sait pourtant, de source statistique sûre, que les hommes se suicident à tout âge de deux à quatre fois plus souvent que les femmes. Dans les ateliers, on a sans doute parlé d'eux quand il s'est agi des enfants, des jeunes et des adultes suicidaires. Si on se fie au programme, les hommes sont restés une fois de plus dans les coulisses derrière le rideau d'un pluriel global et asexué, alors que les femmes, une fois de plus, ont eu droit au devant de la scène pour qu'on y expose leur fragilité.

Quand un problème social ou de santé mentale affecte d'abord les hommes, en nombre ou en gravité, le discours emploie généralement des termes globaux qui incluent d'office les deux sexes. Par contre, si le problème affecte surtout les femmes, le discours se fait spécifique. Ainsi, dans notre société, on parle de suicide, d'alcoolisme, de toxicomanie, d'itinérance, problèmes qui, comme chacun sait, touchent surtout les hommes. Par contre, là où les femmes prédominent, le discours le précise. On parle de femmes monoparentales, de femmes victimes de violence, de femmes âgées, de femmes déprimées, de femmes seules.

Pourquoi le discours se fait-il spécifique quand il concerne la vulnérabilité sociale ou psychologique des femmes, mais vague et nébuleux quand il réfère à la vulnérabilité sociale ou psychologique des hommes ?

* L'auteure est travailleuse sociale et a travaillé durant six ans en santé mentale au DSC Maisonneuve-Rosemont. Elle est aujourd'hui coordonnatrice des Services aux Adultes au CLSC Mercier-Est/Anjou.

Il existe une masse d'écrits, un véritable discours-fleuve sur la vulnérabilité socio-économique des femmes, sur leur vulnérabilité à la violence et aux problèmes de santé mentale, qui entraîne une surutilisation des services médicaux et psychosociaux et une surconsommation de médicaments. Quand on bute sur la vulnérabilité des hommes, le discours se réduit à un filet trop mince pour rendre cohérents les fragments de fragilité masculine échoués ici et là dans les statistiques officielles¹.

Trois thèmes nous serviront à illustrer nos propos, qui tiennent davantage du questionnement que de l'argumentation scientifique :

- 1) Les ruptures de couples et leurs répercussions sur la santé mentale des hommes et des femmes.
- 2) La répartition des sexes au sein du noyau dur des maladies mentales.
- 3) Les hommes, les femmes et la détresse psychologique.

Les ruptures de couples et leurs répercussions sur la santé mentale des hommes et des femmes

Depuis plusieurs années, Statistique Canada compile les taux de première hospitalisation en psychiatrie selon les variables du sexe, de l'âge et du statut matrimonial. (voir au tableau 1 la compilation de 1978). On observe que les gens mariés ont les taux de première admission les plus faibles, mais que ceux des femmes mariées sont légèrement supérieurs à ceux des hommes mariés. Les personnes divorcées ou veuves ont des taux de première admission deux fois plus élevés que les personnes mariées. Pour les hommes divorcés et veufs, ces taux sont nettement plus élevés que pour les femmes divorcées et veuves ; ceux-ci font plus que doubler chez les 40-64 ans (425 pour 100 000 chez les femmes, 940 pour 100 000 chez les hommes).

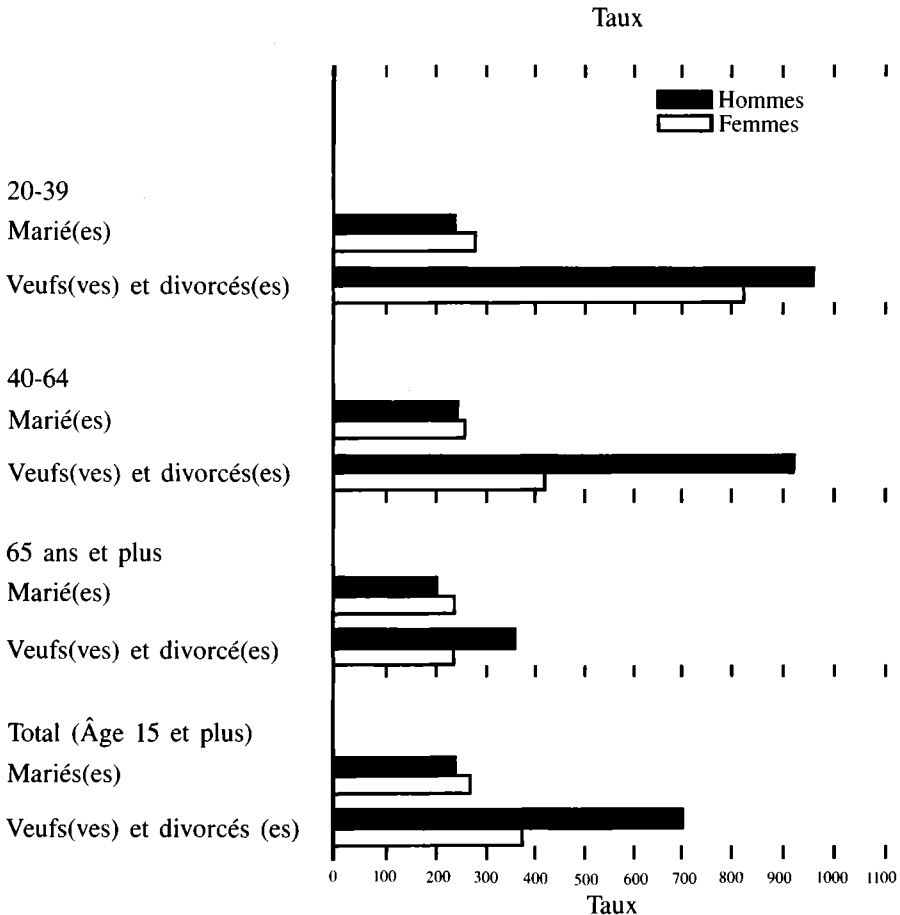
On sait depuis longtemps que des événements comme le divorce et le veuvage constituent un risque accru pour la santé mentale. On parle peu du fait qu'exposés au divorce et au veuvage, les hommes courent deux fois plus de risques que les femmes de développer des symptômes assez graves pour mener à une première hospitalisation en psychiatrie.

Les ruptures de couples ont aussi un impact sur les taux de suicide. Aux États-Unis, chez les hommes séparés et divorcés de 40 à 60 ans, ces taux atteignent 70 pour 100 000, alors qu'ils ne dépassent pas 22 pour 100 000 chez les femmes séparées ou divorcées du même âge ; les veufs de moins de 39 ans atteignent un sommet, avec un taux de suicide de 180 pour 100 000. Quel que soit leur âge, le taux de suicide chez les veuves ne dépasse pas 15 pour 100 000 (Smith et al., 1988).

Les statistiques que nous reproduisons au tableau 1 concernant les taux de première hospitalisation en psychiatrie datent de 1978. Elles sont donc antérieures à la publication du livre : *Va te faire soigner, t'es malade* de Guyon et al., (1981), qui s'est vendu au Québec à plus de douze mille

Tableau 1

Taux¹ de premières admissions, selon l'âge, l'état matrimonial et le sexe, Canada, 1978



1. Pour 100 000 habitants de 15 ans et plus

exemplaires. Ce livre mettait l'accent entre autres sur l'hospitalisation des femmes mariées en psychiatrie et a eu une influence incontestée, et méritée, sur le développement des thérapies féministes au Québec. Comment se fait-il qu'on ait tant discoursé sur l'impact négatif du mariage sur la santé mentale des femmes, alors qu'on a passé sous silence le fossé qui sépare les hommes et les femmes face à des stress majeurs comme le divorce et le veuvage ? Il y aurait pourtant des hypothèses intéressantes à soulever sur la différence de la vulnérabilité observée chez les femmes et les hommes confrontés au stress du divorce et du veuvage, à l'intérieur d'un contexte socio-culturel que l'on dit plus avantageux pour les hommes que pour les femmes.

La répartition des sexes au sein du noyau dur des maladies mentales

Il y a quelques années, le comité de la Santé mentale du Québec tentait un louable et remarquable effort pour cerner la problématique de la santé mentale. Pour identifier les personnes sévèrement handicapées dans leur fonctionnement quotidien par la maladie mentale, on a utilisé l'image de « noyau dur ».

« Il ne s'agit pas ici de personnes uniquement en détresse psychologique face aux adversités de l'existence ou en mal d'adaptation face aux grandes mutations du Québec en cette fin de siècle. Il s'agit de personnes qui souffrent du fait de leur maladie et de ses répercussions et dont certaines ont perdu ou sont en perte d'autonomie, tandis que d'autres mettent en danger leur propre sécurité ou la sécurité de la communauté. Ce noyau dur des maladies mentales absorbe malheureusement le gros des ressources affectées à la santé mentale au Québec comme ailleurs dans le reste du Canada et dans tous les pays occidentaux. » (Corin et al., 1985, 140).

Les risques de souffrir d'une maladie mentale sévère, telle que la schizophrénie, semblent être les mêmes pour les hommes et les femmes (Robins et al., 1984). Nous prenons donc pour acquis, sans le mettre en doute, qu'hommes et femmes se partagent également « le noyau dur des maladies ». Nous mettons en doute par contre l'égalité des hommes et des femmes du noyau dur face à une réinsertion sociale dans la communauté. Pour étayer nos propos, nous nous servons de deux recherches menées à Montréal et dont les résultats ont été publiés en 1986. La première concerne l'utilisation du service d'urgence d'un hôpital psychiatrique, et l'autre fait état de 8 057 patients psychiatriques en attente de désinstitutionnalisation.

Qui tourne dans les portes tournantes ?

Dorvil (1986) a étudié les dossiers des 1 024 personnes qui se sont présentées à l'urgence de l'hôpital Louis-H. Lafontaine entre le 10 novembre 1985 et le 1er mars 1986. Toutes ces personnes, à l'exception de sept d'entre elles, étaient déjà venues à l'urgence, confirmant ainsi la justesse de l'expression « porte tournante ».

Une majorité de ces personnes (51 %) souffraient de troubles de la personnalité et de troubles liés à la consommation d'alcool et de drogues ; 33 % des usagers souffraient de troubles schizophréniques ou de désordres affectifs majeurs (PMD). Moins de 10 % souffraient de troubles névrotiques ou de troubles de l'anxiété. Ce sont donc surtout des usagers de la catégorie « noyau dur » qui fréquentaient l'urgence de Louis-H. Lafontaine au moment de la collecte des données.

Cinq cent trente-sept de ces usagers étaient des hommes et 487 étaient des femmes. La différence n'est pas énorme — taux d'utilisation de l'urgence de 10 % supérieur chez les hommes —, mais elle est appréciable

compte tenu de la surutilisation des services de santé mentale par les femmes.

Des hommes et des femmes du noyau dur, lesquels ont le plus de chances d'obtenir un congé de l'institution ?

À la demande du ministère de la Santé et des services sociaux, Roberge (1986) a analysé les dossiers de 8 057 personnes hospitalisées en psychiatrie et en attente de désinstitutionnalisation dans la région de Montréal. Nous donnons au tableau 2 leur distribution par classe de diagnostics.

Tableau 2

Répartition par classe de diagnostics de 8 057 bénéficiaires en attente de désinstitutionnalisation (Roberge, 1986)

Psychoses organiques	852
Troubles névrotiques	988
Autres psychoses	1378
Troubles schizophréniques	4469
Total	8057

Nous nous pencherons plus spécifiquement sur la classe la plus importante en termes numériques, celle des troubles schizophréniques. Nous restreindrons nos commentaires aux 3 401 patients de 18 à 64 ans, plus susceptibles que leurs aînés de bénéficier d'une désinstitutionnalisation. Le tableau 3 indique leur répartition par sexe et groupe d'âge.

Tableau 3

Répartition par sexe des bénéficiaires de 18 à 64 ans ayant un diagnostic de troubles schizophréniques en attente de désinstitutionnalisation dans la région de Montréal (Roberge, 1986)

	Âge			Total	%
	18-34	35-54	55-64		
Hommes	622	955	518	2105	62
Femmes	255	623	418	1296	38
Total	877	1578	936	3401	100

On notera, surtout chez les plus jeunes, la surreprésentation des hommes en attente de congé, alors que l'incidence des troubles schizophréniques est la même pour les hommes et les femmes (DSM-III, 1980; Robins et al., 1984). En institution, «l'écart entre hommes et femmes apparaît nettement au profit de ces dernières dans toutes les pathologies»,

conclut Roberge à la page 31. Al-Issa (1982) fait des remarques analogues dans sa revue sur le sexe (gender) et les troubles schizophréniques.

Il nous semble que la surreprésentation des hommes du noyau dur parmi les personnes en attente de réinsertion sociale devrait nous interpeller et alimenter un discours social visant à expliquer cette différence. Les hommes seraient-ils plus vulnérables à la désorganisation chronique qu'entraîne la maladie mentale ? La société éprouve-t-elle davantage de réticences à réintégrer les hommes ? Cherchons-nous vraiment à développer, pour les hommes qui souffrent de maladie mentale, « des réponses adaptées à leurs besoins », selon l'expression consacrée par le langage administratif ? À l'heure où tout un chacun parle de désinstitutionnalisation et de services personnalisés, on cherche en vain les documents consacrés à la réinsertion sociale des hommes « victimes » de maladie mentale.

L'absence de documents, et donc de discours social, s'expliquerait-elle, en partie, par un refus collectif d'envisager les hommes comme pouvant être, dans certaines situations, des victimes au sein d'une société qui les identifie depuis toujours au pouvoir ? Une telle attitude, si elle existe, pourrait se manifester entre autres, dans le refus d'envisager cette hypothèse et de la mettre en mots. Nous laissons les lecteurs et les lectrices tirer leurs propres conclusions à propos de l'anecdote suivante.

L'auteur, ayant soumis son article pour commentaires avant publication, a reçu le commentaire suivant, que nous citons intégralement :

« Certaines formulations telles que « les hommes victimes de la maladie mentale » devraient être évitées, car leur contenu est trop chargé tant sur les plans politique que théorique (comme l'ont montré plusieurs auteurs des *Men's Studies*). Lorsque l'on aborde les questions liées au genre masculin, il convient de réserver l'utilisation du mot « victime » à l'oppression spécifique aux femmes ».

Les hommes les femmes et la détresse psychologique

L'évidence

Pour les taux de détresse psychologique, les femmes ont toujours remporté la « palme », ce qui a grandement contribué à la croyance en une plus grande vulnérabilité des femmes aux problèmes de santé mentale. Dans les années 70, le discours féministe n'a pas cherché à contester cette évidence, mais plutôt à l'expliquer par un contexte social plus contraignant pour les femmes que pour les hommes.

Depuis quarante ans, on a mené en Amérique du Nord une soixantaine d'enquêtes de santé mentale pour établir la prévalence des problèmes de santé mentale. Pour les mener, on a vérifié à l'aide d'une échelle de santé mentale la présence ou l'absence d'un ensemble de symptômes jugés significatifs sur le plan clinique. La sommation des points obtenus permet de départager l'échantillon entre individus plus ou moins bien portants et

individus «très probablement à risque d'être à un niveau de détresse psychologique qui nécessiterait une intervention» (Radloff, 1977). On a beaucoup critiqué l'efficacité des échelles de santé mentale pour le dépistage des pathologies psychiatriques. Par contre, on leur reconnaît la capacité d'identifier la détresse psychologique (demoralization). De plus, il est généralement admis qu'avec l'élévation du niveau de détresse s'accroît le risque de souffrir d'un problème de santé mentale (Link et Dohrenwend, 1980).

Quel que soient le lieu ou l'échelle utilisée, la cote des femmes est plus haute que celle des hommes. Les estimations varient d'une étude à l'autre, mais la prédominance des femmes sur les hommes reste constante (Link et Dohrenwend, 1981 ; Santé Québec, 1988).

L'évidence expliquée

On a tenté d'expliquer, sans la remettre en question, la disparité sexuelle face à la détresse psychologique. De façon très grossière, on peut répartir la masse des commentateurs en deux clans. Les uns l'expliquent par une vulnérabilité acquise chez les femmes, les autres par une exposition différente des sexes aux événements stressants ou aux conditions de vie génératrices de stress.

La répression de l'agressivité chez les petites filles et l'apprentissage des rôles sexuels altruistes (*nurture*) pourraient favoriser l'apparition de symptômes de culpabilité, d'impuissance et de fatalité caractéristiques des syndromes dépressifs (Verbrugge, 1985 ; Newmann, 1986). Le thème central de cette hypothèse, reprise et discutée dans de nombreux écrits féministes, est le suivant : une éducation différente et une préparation à des rôles sociaux moins valorisants expliqueraient la vulnérabilité accrue des femmes à la détresse psychologique.

Sans nier la thèse de la vulnérabilité acquise, bon nombre de chercheurs se penchent à l'heure actuelle sur les effets de la surexposition des femmes aux situations de stress. À cause de leur plus grande longévité, celles-ci sont plus exposées à la mort d'un conjoint, à la maladie chronique, à la perte de leur autonomie physique ; ce sont là des événements qui ont un impact sur les taux de détresse. Beaucoup plus que les hommes, elles sont susceptibles de se retrouver à la tête d'une famille monoparentale et sous le seuil de la pauvreté. Aujourd'hui, elles cumulent souvent les doubles tâches de mère et de travailleuse, ce qui a un impact sur le niveau de détresse ressentie (Cleary et Mechanic, 1983 ; Thoïts, 1987).

L'évidence contestée

Il y a une quinzaine d'années, Mechanic notait le danger qu'il y a à discourir sur la santé mentale des hommes et des femmes sur la foi d'échelles qui excluent les questions sur la consommation et les comportements d'*acting out*, plus fréquents chez les hommes mais dont le relevé

pose d'importants problèmes méthodologiques. En 1979, Craig et Van Natta émettaient l'hypothèse que le système de sommation utilisé par les échelles de santé mentale favorisait la confusion entre vulnérabilité à la détresse psychologique intense et vulnérabilité à une symptomatologie sans grandes conséquences sur le plan fonctionnel.

Reprenant les données d'une étude qui identifiait les femmes comme plus vulnérables que les hommes à la détresse psychologique, Newmann (1984) a recalculé, pour chacun des dix-neuf termes de l'échelle utilisée, la disparité des scores moyens obtenus par les hommes et les femmes. Chaque terme a ensuite été classé selon son importance pour l'attribution d'un diagnostic de dépression, depuis les sentiments de tristesse jusqu'aux gestes suicidaires. La disparité significative entre hommes et femmes diminue au fur et à mesure que s'accroît la sévérité des symptômes. Cependant, comme le niveau de détresse se calcule par sommation des scores obtenus à chaque terme, qu'on attribue la même valeur à chacun, que les termes les moins significatifs sont plus nombreux et plus fréquemment rapportés par les femmes, celles-ci obtiennent toujours une cote plus élevée que les hommes. Les résultats de l'enquête Santé Québec (Perrault et al., 1987) confirment indirectement, selon l'auteure, l'hypothèse de Newmann. Les taux de détresse psychologique obtenus à l'échelle utilisée (29 termes) de même valeur sont plus élevés pour les femmes que pour les hommes ; la différence est statistiquement significative (intervalle de confiance $\alpha=0,01$; hommes : 14,69-17,83 ; femmes : 24,33-28,01). Par contre, « le taux de tentatives de suicide observé chez les hommes (0,8) n'est pas statistiquement différent de celui observé chez les femmes (0,9) au cours des douze mois précédant l'enquête »².

La fragilité des femmes face à la détresse psychologique pourrait être plus apparente que réelle... L'oscillation du roseau à la moindre brise n'est pas nécessairement signe d'une vulnérabilité supérieure à celle du chêne face aux tempêtes (aurait pu dire La Fontaine, 1694...).

Conclusion

Les études épidémiologiques récentes basées sur l'identification de diagnostics spécifiques sont en train de rétablir l'équilibre dans la distribution des problèmes de santé mentale entre hommes et femmes. La prédominance des troubles affectifs et des troubles de l'anxiété chez les femmes se confirme, alors que les hommes connaissent davantage de troubles mentaux reliés à la consommation d'alcool et de drogues et de troubles de la personnalité. Peut-être à cause de leurs taux élevés de dépendance à l'alcool, la probabilité de recevoir un diagnostic psychiatrique est aujourd'hui plus forte chez les hommes que chez les femmes (Robins et al., 1984).

Pourquoi alors cette insistance du discours sur la santé mentale des femmes et ce silence sur la santé mentale des hommes ?

Dans le Paris du dix-neuvième siècle, les taux de mortalité de tuberculose dans la classe ouvrière étaient alarmants. La santé publique a réagi en se faisant la promotrice des notions d'hygiène et de la salubrité des logements de la classe populaire. Cottureau montre que ce discours, appuyé sur la différence des taux de mortalité entre la classe bourgeoise et la classe ouvrière, a camouflé la disparité des taux de mortalité entre hommes et femmes au sein de la classe ouvrière ; les hommes succombant à la maladie beaucoup plus que les femmes. Il va sans dire que cette disparité s'étalait pourtant à pleines pages dans les statistiques officielles de la ville de Paris. Mais questionner cette disparité aurait peut-être mené à se questionner sur les conditions de travail dans les corps de métier réservés aux hommes, où les taux de tuberculose étaient particulièrement élevés.

Sommes-nous aujourd'hui dans une situation analogue, qui nous empêche d'identifier les problèmes propres aux hommes, d'en parler et ultimement de développer des solutions adéquates ? Se pourrait-il que la capacité d'adaptation au stress soit chez l'homme inférieure à celle de la femme, parce qu'à l'intérieur de notre société s'est établi un rapport de force qui, en situation de rupture de couple par exemple, joue en faveur des femmes au détriment des hommes et rend ces derniers plus vulnérables à la désorganisation psychologique et aux gestes suicidaires ?

Comment expliquer que, dans une société où les hommes jouissent encore d'un statut socio-économique et socio-culturel plus avantageux que celui des femmes, ils soient justement les plus nombreux à être en marge de cette société ? Les plus nombreux à attendre à l'hôpital psychiatrique une ressource qui veuille bien les accepter dans la communauté ? Les plus nombreux à joindre les rangs de l'itinérance, à quitter cette société par le suicide, à se désorganiser et à paniquer quand la cellule sociale que forme un couple se défait ? Les plus nombreux à vouloir s'évader de la société dans l'alcool et la drogue, à être mis à l'écart de cette société dans les prisons ?

Il y a des jours où l'auteure se demande si la violence exprimée si souvent par les hommes reflète l'habitude séculaire de détenir le pouvoir social ou l'affolement d'êtres traqués.

Il y a des jours où l'auteure est contente d'être femme.

Notes

1. Bien que le propos soit tout à fait autre, les mots de cette phrase font écho à ceux de Roland Barthes : « Fragments d'un discours amoureux ».
2. Certains s'étonneront d'une telle similarité entre hommes et femmes, alors qu'il est généralement admis que les femmes posent davantage de gestes suicidaires qui n'aboutissent pas à la mort. Rappelons que l'enquête Santé Québec a effectué sa cueillette de données au sein de la population générale, et non à l'intérieur d'établissements de services susceptibles d'être davantage utilisés par les femmes, ce qui introduit un biais.

Références

- AL-ISSA, I., 1982, Gender and schizophrenia in Al-Issa, I., ed., *Gender and Psychopathology*, Academic Press, New York, 153-177.
- Association des psychiatres américains, 1980, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, troisième édition (DSM-III), Masson, Paris.
- CLEARY, P.D., MECHANIC, D., 1983, Sex differences in psychological distress among married people, *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 111-121.
- CORIN, E., GRUNBERG, F., SÉGUIN-TREMBLAY, G. et al., 1985, *De la biologie à la culture : avis sur la notion de santé mentale*, Direction générale des publications gouvernementales, Québec.
- COTTEREAU, A., 1978, La tuberculose : maladie urbaine ou maladie de l'usure au travail ? Critique d'une épidémiologie officielle : le cas de Paris, *Sociologie du travail*, 20, n° 2, 192-224.
- CRAIG, T.J., VAN NATTA, P.A., 1979, Influence of demographic characteristics on two measures of depressive symptoms, *Archives of General Psychiatry*, 36, 149-154.
- DORVIL, H., 1986, *Les patients qui activent la porte tournante : étude clinique et socio-démographique d'une clientèle majeure à l'hôpital Louis-H. Lafontaine*, Centre de recherches psychiatriques, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal.
- GUYON, L., SIMARD, R., NADEAU, L., 1981, *Va te faire soigner, t'es malade*, Stanké international, Montréal-Paris.
- LINK, B., DOHRENWEND, B., 1980 Formulation of hypothesis about the true prevalence of demoralization in the United States in *Mental and Illness Estimates for the United States in the Eighties*, Praeger, New York, 114-132.
- MECHANIC, D., 1976, Sex, illness behaviour and the use of health services, *Journal of Human Stress*, 2, 29-40.
- NEWMANN, J.P., 1984, Sex differences in symptoms of depression : clinical disorder or normal distress ? *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 136-159.
- NEWMANN, J.P., 1986, Gender, life strain and depression, *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 161-178.
- PERRAULT, C., LÉGARÉ, G., BOYER, R., BLAIS, L., 1988 *Santé Mentale dans Et la Santé ça va ? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987*, Publication du Québec, Québec, 123-149.
- RADLOFF, L.S., 1977, The CES-D Scale : a self-report depression scale for research in the general population, *Applied Psychological Measurements*, 1, 385-401.
- ROBERGE, P., 1986, *La clientèle psychiatrique vue à travers le LOCS : quelques éléments de description critique*, ministère de la Santé et des services sociaux, Direction générale de l'évaluation et de la planification, Québec.
- ROBINS, L.N., HELZER, J.E., WEISMANN, M.M. et al., 1984, Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites, *Archives of General Psychiatry*, 41, 949-958.
- Santé Québec, 1988, *Et la santé, ça va ?*, Rapport de l'enquête Santé Québec 1987, Les publications du Québec, Québec.

- SMITH, J.C., MERCY, J.A., CONN, J.M., 1988, Marital status and the risk of suicide, *American Journal of Public Health*, 78, 78-80.
- Statistique Canada, 1978, *Statistiques de l'hygiène mentale*, catalogue 83-204.
- THOITS, P.S., 1987, Gender and marital status differences in control and distress : common stress versus unique stress explanations, *Journal of Health and Social Behavior*, 26, 156-182.
- VERBRUGGE, L.M., 1985, Gender and health : an update on hypotheses and evidence, *Journal on Health and Social Behavior*, 26, 156-182.

Summary

This article raises questions about some of the perverse effects of the reasoning behind correlations between sex and health in our socio-cultural context. Such a reasoning strongly denounces the psychosocial problems of women, but tends to forget the vulnerability of men which is nonetheless clearly evident in official statistics on suicide, dependance on alcohol and other drugs, violence and itinerancy.