

Une étude transversale en Suisse

Biais liés au genre chez les étudiant·e·s dans leur évaluation des troubles psychiques

Stéphanie Romanens-Pythoud^a; Evelyne Fournier^b; Olivier Simon^c; Emilien Jeannot^{a,c}^a Institut de santé globale, Faculté de médecine, Genève, Suisse; ^b Registre des tumeurs, Institut de santé globale, Faculté de médecine, Genève, Suisse;^c Centre hospitalier universitaire de Lausanne et Université de Lausanne, Centre du jeu excessif, Médecine des addictions, Département de psychiatrie, Lausanne, Suisse

Abstract

Background: Mental health problems affect men and women differently and women have a higher prevalence of mental health issues than men. Overall, women are two to three times more likely to be affected than men. Scientific literature tends to confirm that gender bias among professionals plays a certain role in mental health diagnosis.

The aim of this study is to find out whether these biases already exist prior to professional practice by investigating the presence of gender biases in psychology and medical students.

Method: The study used two identical versions of online questionnaires and clinical vignettes, differing only in the gender of the character depicted. The vignettes were presented to the participants at random. 429 students from the University of Geneva answered the questionnaire and 362 responses were included in the analysis. The study focused on three diagnoses: depression, borderline personality disorder (BPD) and antisocial personality disorder (APD).

Results: For the majority of vignettes and diagnoses, the results showed no significant difference in the choice of diagnosis depending on the gender of the portrayed character. The results were significant for the vignette centred on APD and in the diagnosis of BPD with an odds ratio of 0.61 (95% confidence interval 0.38–0.98) (for BPD). In addition, the variable year and faculty of study had a significant influence on the choice of diagnosis for two vignettes ($p = 0.006$ for the depression vignette and $p < 0.001$ for the APD vignette).

Conclusion: Overall, the study did not identify any gender bias in students' choice of psychiatric diagnosis. However, it did highlight the influence of year and faculty of study in this decision.

Keywords: Medical pedagogy; diagnosis; gender; bias; health policy; prevention and public mental health; social psychiatry

Introduction

La littérature scientifique rapporte des inégalités et biais de genre à plusieurs niveaux dans le domaine de la santé mentale [1–3]. Ainsi, les femmes seraient globalement en moins bonne santé mentale que les hommes [4], notamment en raison des inégalités qui subsistent encore dans nos sociétés et des déterminants de la santé mentale qui les affectent davantage que les hommes [4–8]. Les femmes seraient aussi plus touchées par certaines maladies psychiques [9], comme la dépression [7, 8, 10, 11], les troubles anxieux [12] ou les troubles de la personnalité borderline [13, 14]. Quant aux hommes, ils seraient davantage concernés par

les troubles de la personnalité antisociale [2, 9, 13–15] et la consommation problématique d'alcool [2, 9], par exemple.

Les femmes seraient globalement deux à trois fois plus touchées par des problématiques psychiques que les hommes [6, 16]. En Suisse, l'Observatoire suisse de la santé indique que «les femmes déclarent environ 1,5 fois plus souvent éprouver des problèmes psychiques» [6]. Cette différence serait encore plus marquée chez les plus de 65 ans, avec 2 femmes pour 1 homme souffrant de troubles psychiques [6].

Ces différences sont expliquées dans la littérature scientifique par plusieurs facteurs [1,

2, 6, 17], sans que leurs poids puissent être véritablement déterminés. Sont-elles essentiellement dues à des facteurs biologiques et à l'influence inégale des déterminants de la santé mentale? Ou trouvent-elles aussi une explication dans les préjugés liés au genre, et plus particulièrement dans le regard que porte le ou la professionnel·le sur sa patiente ou son patient, selon qu'il s'agisse d'un homme ou d'une femme?

La littérature scientifique tend à confirmer que les préjugés liés au genre chez les professionnel·le·s jouent un certain rôle dans les diagnostics qu'ils/elles posent en santé mentale [3, 9, 18, 19]. Il reste toutefois difficile d'estimer le poids de ces biais dans le choix diagnostique et si ces biais tirent leur origine des stéréotypes que porte la société en général sur le genre ou s'ils surviennent avec la pratique.

Cette étude propose de vérifier si ces biais de genre existent déjà avant la pratique professionnelle en examinant leur présence auprès d'étudiant·e·s en psychologie et en médecine, soit avant même que les personnes aient une pratique professionnelle pouvant influencer leurs perceptions. Si cela se vérifiait, cela conduirait à recommander une attention renforcée sur les biais et préjugés de genres au cours de la formation des futur·e·s psychologues et médecins.

Méthodologie

Design de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale réalisée par voie de questionnaire en ligne.

Participant·e·s et recrutement

Il a été choisi de réaliser l'étude auprès d'étudiant·e·s de la Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation (FPSE) et de la Fa-

culté de médecine, car ces personnes seront principalement amenées à poser des diagnostics psychiatriques au cours de leur carrière.

Le questionnaire préparé pour l'étude a été mis à disposition des étudiant-e-s de 1^{re} et 2^e années de Bachelor en psychologie des émotions inscrit-e-s pour participer aux expériences de la FPSE, via la plateforme Sona Systems. Chaque étudiant-e a reçu un demi-crédit pour sa participation à l'étude.

Pour son bon fonctionnement, les étudiant-e-s ont reçu une présentation de l'étude qui ne donnait pas clairement son objectif, mais qui annonçait une étude sur le rôle de la première intention dans l'évaluation des troubles psychiques, dans l'optique d'évaluer l'adéquation de la première évaluation d'un trouble psychique avec le diagnostic final. Aucune relance n'a été nécessaire, les étudiant-e-s inscrit-e-s sur la plateforme Sona Systems ayant participé rapidement dans leur quasi-totalité.

Un tel programme de participation à des expériences en échange de crédits n'est pas disponible en faculté de médecine. Les étudiant-e-s de Master I, II et III en médecine ont reçu le questionnaire grâce à un mail envoyé par le Décanat de la Faculté. Le mail présentait l'étude de la même manière qu'aux étudiant-e-s en psychologie et les invitait à participer via un lien vers le questionnaire en ligne. Il n'a pas été possible de faire une relance aux étudiant-e-s pour des questions logistiques.

Questionnaire et vignettes cliniques

Malgré l'existence de vignettes cliniques déjà construites [9, 15, 19, 24–27] et de questionnaires standardisés (WHO Well-Being Index, SCID-5, Major Depression Inventory, etc.) [28–30] pour évaluer les biais de genre dans les diagnostics psychiatriques, il a été choisi de réaliser des vignettes et un questionnaire sur mesure pour l'étude. Ce choix a été motivé par le fait que les vignettes et questionnaires standardisés existants étaient souvent trop complexes et/ou trop longs pour le contexte de notre étude.

Le questionnaire élaboré proposait trois vignettes cliniques synthétiques (environ une page) exposant le cas de personnes présentant des symptômes et manifestations laissant présager un trouble psychique (voir les vignettes complètes en annexe 1). Pour chaque vignette, deux versions ont été rédigées: l'une mettait en situation une femme et l'autre un homme, le reste de la vignette étant strictement identique. Une seule version de chaque vignette a été soumise aux participant-e-s, selon une distribution aléatoire. A l'issue de chaque vignette était proposée une liste identique de sept diagnostics psychiatriques, parmi lesquels le ou la participant-e devait choisir l'option qui corres-

Tableau 1: Caractéristiques démographiques		
	N = 362	%
Genre participant-e-s		
Femme	272	75,14
Homme	76	20,99
Autre	4	1,10
Non spécifié	10	2,76
Faculté		
Psychologie	45	12,43
Médecine	305	84,25
Non spécifié	12	3,31
Année d'études		
Bachelor 1	28	7,73
Bachelor 2	264	72,93
Bachelor 3	1	0,28
Master 1	12	3,31
Master 2	13	3,59
Master 3	20	5,52
Autre/non spécifié	24	6,63
Nationalité des parents		
Nationalités multiples – Pays d'Europe	67	18,51
Nationalités multiples – Pays de continents différents	39	10,77
Nationalités multiples – Pays extra-européens	1	0,28
Pays d'Afrique	5	1,38
Pays d'Amérique centrale et du Sud	7	1,93
Pays d'Amérique du Nord	1	0,28
Pays d'Asie	11	3,04
Pays d'Europe	217	59,94
Non spécifiée	14	3,87
Concerné-e par un trouble psychique		
Oui	36	9,94
Non	288	79,56
Non spécifié	38	10,50
Proche concerné-e par un trouble psychique		
Oui	123	33,98
Non	214	59,12
Non spécifié	25	6,91

pondait le mieux à la situation décrite. Ainsi, chaque étudiant-e a été confronté à trois vignettes et, pour chacune d'elles, il/elle a dû choisir un seul diagnostic parmi les sept proposés.

Sur la base de la revue de la littérature et de la consultation des expert-e-s précité-e-s, notre choix s'est porté sur les trois diagnostics sui-

vants: la dépression, pour laquelle la prévalence est de 2 femmes pour 1 homme [31, 32], le trouble de la personnalité borderline (TPB), pour lequel la prévalence est de 2 à 3 femmes pour 1 homme selon les études [9, 19, 14] et le trouble de la personnalité antisociale, pour lequel la prévalence est de 3 hommes pour 1 femme [9, 14, 15].

La vignette 1 met en situation un-e étudiant-e (Jeanne et Jean) présentant des signes de trouble de la personnalité borderline. La vignette 2 illustre le cas d'un-e responsable de la communication (Justine et Justin) en situation de dépression. La vignette 3 expose la problématique d'un-e trader (Zoé et Benjamin) dont les symptômes s'apparentent à un trouble de la personnalité antisociale. Les trois vignettes présentent des situations limites en vue d'évaluer d'éventuels biais de genre liés au diagnostic qu'elles sont censées illustrer.

Pour rédiger les vignettes cliniques, nous nous sommes basés sur les principaux symptômes des trois troubles énumérés par le DSM-5, la littérature et un entretien préalable avec un-e expert-e du trouble étudié (voir la rubrique *Acknowledgements* pour les détails). L'objectif était de construire des vignettes présentant des situations limites, dans lesquelles les principaux critères du diagnostic apparaissent, mais pour lesquelles plusieurs autres diagnostics étaient possibles.

Une fois les vignettes rédigées, elles ont été relues et validées par les expert-e-s consulté-e-s au préalable.

Le questionnaire était complété par une série de questions démographiques sur le ou la participant-e: le genre, l'âge, la faculté d'études, l'année d'études, la nationalité des parents, la présence ou non d'un trouble psychique, chez le/la participant-e et/ou un-e proche. Ces données ont été récoltées dans l'optique de voir si ces variables pouvaient jouer un rôle dans le choix du diagnostic.

Le questionnaire a ensuite été introduit dans Lime Survey et paramétré de façon à ce que chaque participant-e reçoive uniquement une des deux versions de chaque vignette clinique. Un test de la distribution aléatoire des vignettes a été fait avant l'envoi aux étudiant-e-s en envoyant le questionnaire à 10 personnes pour valider le paramétrage.

Variables

Notre étude cherche à savoir, en priorité, si le genre peut influencer le choix du diagnostic: le genre du ou de la patient-e, mais aussi le genre du ou de la soignant-e. Nous avons toutefois également pris en compte d'autres éléments qui peuvent influencer le choix du diagnostic: la faculté d'études, le fait que les participant-e-s (ou un-e de leurs proches) soient concerné-e-s ou non par un trouble psychique, la nationalité des parents. Toutes ces variables sont synthétisées dans le tableau 1.

Dans un souci de simplification, les tableaux 2 et 3 ne reprennent pas la variable «nationalité des parents».

De même, les variables «année d'études» et «faculté d'études» ont été regroupées dans les

tableaux 2 et 3, étant donné que tou-te-s les étudiant-e-s en psychologie étaient en année Bachelor (B1 ou B2) et tou-te-s les étudiant-e-s en médecine étaient en année Master (M1, M2, M3). Les étudiant-e-s en psychologie ont donc été regroupé-e-s dans la variable «Bachelor/psychologie» et les étudiant-e-s en médecine dans la variable «Master/médecine».

Echantillon

Pour calculer l'échantillon nécessaire à l'étude, nous sommes partis de l'étude de Crosby et al. [15] pour formuler nos hypothèses. Dans cette étude, 60% des participant-e-s ont diagnostiqué un trouble de la personnalité antisociale pour la vignette homme et 45% pour la vignette femme. Notre hypothèse se base sur ces résultats. Pour le trouble de la personnalité borderline (TPB), considérant que la proportion d'hommes diagnostiqués par rapport aux femmes est inversée par rapport au TPA, nous avons pris les hypothèses inverses, à savoir 60% des participant-e-s diagnostiquent un TPB pour la vignette femme et 45% pour la vignette homme. Pour la dépression, la proportion de femmes diagnostiquées étant de 2 pour 1 homme, nous aurions dû retenir un écart légèrement moindre entre les diagnostics choisis pour la vignette homme et la vignette femme, à savoir 55% de diagnostics de dépression pour la vignette femme et 45% pour la vignette homme. Toutefois, par souci de praticité, nous avons choisi d'avoir un échantillon similaire pour les trois couples de vignettes et avons retenu l'hypothèse suivante: 60% des participant-e-s diagnostiquent une dépression pour la vignette femme et 45% pour la vignette homme, soit une différence de 15 points.

Nous avons utilisé une valeur alpha de 5% et une valeur bêta de 80%.

Avec ces données, nous avons calculé un échantillon pour chaque diagnostic avec la formule suivante:

$$N = \frac{2 \times \hat{p}(1 - \hat{p})(z_{\alpha/2} + z_{\beta})^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Nos calculs nous ont permis de fixer l'échantillon à 346 participant-e-s nécessaires à l'étude.

Méthodes statistiques

Afin d'étudier le rôle de chaque variable retenue sur le choix du diagnostic, une analyse descriptive a été faite. Pour établir une relation éventuelle entre chaque diagnostic et les variables retenues, nous avons réalisé une analyse multivariée à l'aide de régressions linéaires multiples pour chaque diagnostic de chaque vignette. Chaque vignette a ainsi été analysée indépendamment l'une de l'autre.

L'analyse statistique a été réalisée sur STATA/IC 16.1 et les pourcentages fournis dans cet article sont calculés sans valeurs manquantes. Le seuil de significativité retenu est 5%.

Ethique

Cette étude a été acceptée par la Commission d'éthique de l'Université de Genève (CUREG) et le Bureau de la commission d'enseignement (BUCE) de la Faculté de médecine de l'Université de Genève. Tous les participant-e-s à l'étude ont signé un formulaire de consentement en ligne à la première page du questionnaire et avaient la possibilité de se rétracter.

Résultats

Participant-e-s

Au total, 429 personnes ont répondu au questionnaire, sur quelques 680 participant-e-s potentiel-le-s (quelque 300 étudiant-e-s de la FPSE et 379 de la faculté de médecine: Chiffres tirés des statistiques 2021 de l'Université de Genève pour la la Faculté de médecine et des échanges mails pour la FPSE). Parmi les réponses, 67 ont été exclues, car elles étaient trop partielles. Ce sont donc 362 questionnaires qui ont été pris en compte (Tableau 1). Pour la vignette 1 (Tableau 2; Jeanne et Jean; personnage étudiant-e), 361 réponses ont pu être analysées (une personne n'a pas répondu à cette vignette) alors que pour les vignettes 2 (Tableau 2; Justine et Justin; responsable communication) et 3 (Tableau 2; Zoé et Benjamin; personnage trader), ce sont 358 réponses qui ont pu être analysées (4 questionnaires n'apportaient pas de réponses à ces vignettes).

Données démographiques

Les participant-e-s à l'étude étaient tou-te-s étudiant-e-s à l'Université de Genève, soit en cycle Master à la Faculté de médecine, soit en cycle Bachelor à la FPSE. Avec 293 participant-e-s issu-e-s de la FPSE, les étudiant-e-s de cette Faculté sont largement plus nombreux-ses que les étudiant-e-s en médecine (45%).

Les femmes sont également plus nombreuses, avec un ratio de 272 femmes pour 76 hommes, tout comme le sont les participant-e-s d'origine européenne.

Concernant le lien avec les troubles psychiques, 36 personnes sont directement concernées par un trouble psychique (288 ne le sont pas et 38 ne le spécifient pas) et 123 personnes ont un-e proche concerné-e (214 n'en ont pas et 25 ne le spécifient pas).

Diagnostic

Le tableau 2 présente la répartition des choix diagnostiques en fonction des différentes va-

Tableau 2: Répartition des choix diagnostiques en fonction des variables

Personnage étudiant-e																	
	Abus de substances		Episode dépressif		Trouble anxieux		Trouble bipolaire		Trouble de la personnalité antisociale		Trouble de la personnalité borderline		Troubles somato-formes		Total		Chi2(6)
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	P-value
Genre personnage étudiant-e																	
Femme	6	3.2	36	19.1	75	39.9	10	5.3	2	1.1	55	29.3	4	2.1	188	100.0	5.564
Homme	13	7.5	39	22.5	68	39.3	6	3.5	2	1.2	43	24.9	2	1.2	173	100.0	0.474
Total	19	5.3	75	20.8	143	39.6	16	4.4	4	1.1	98	27.1	6	1.7	361	100.0	
Genre participant-e à l'étude																	
Femme	10	3.7	52	19.2	109	40.2	13	4.8	3	1.1	81	29.9	3	1.1	271	100.0	19.430
Homme	8	10.5	20	26.3	29	38.2	2	2.6	0	0.0	14	18.4	3	3.9	76	100.0	0.079
Autre	1	7.1	3	21.4	5	35.7	1	7.1	1	7.1	3	21.4	0	0.0	14	100.0	
Total	19	5.3	75	20.8	143	39.6	16	4.4	4	1.1	98	27.1	6	1.7	361	100.0	
Année d'études																	
Certif/ Bachelor	14	4.7	66	22.1	120	40.1	11	3.7	3	1.0	79	26.4	6	2.0	299	100.0	18.105
Master	2	4.4	6	13.3	16	35.6	4	8.9	0	0.0	17	37.8	0	0.0	45	100.0	0.113
Inconnu	3	17.6	3	17.6	7	41.2	1	5.9	1	5.9	2	11.8	0	0.0	17	100.0	
Total	19	5.3	75	20.8	143	39.6	16	4.4	4	1.1	98	27.1	6	1.7	361	100.0	
Concerné-e par un trouble psychique																	
Non	13	4.5	55	19.2	119	41.5	14	4.9	2	0.7	78	27.2	6	2.1	287	100.0	11.074
Oui	4	11.1	8	22.2	11	30.6	1	2.8	1	2.8	11	30.6	0	0.0	36	100.0	0.523
NSP	2	5.3	12	31.6	13	34.2	1	2.6	1	2.6	9	23.7	0	0.0	38	100.0	
Total	19	5.3	75	20.8	143	39.6	16	4.4	4	1.1	98	27.1	6	1.7	361	100.0	
Proche d'une personne concernée par un trouble psychique																	
Non	11	5.2	46	21.6	85	39.9	10	4.7	2	0.9	54	25.4	5	2.3	213	100.0	6.807
Oui	6	4.9	24	19.5	50	40.7	6	4.9	1	0.8	35	28.5	1	0.8	123	100.0	0.870
NSP	2	8.0	5	20.0	8	32.0	0	0.0	1	4.0	9	36.0	0	0.0	25	100.0	
Total	19	5.3	75	20.8	143	39.6	16	4.4	4	1.1	98	27.1	6	1.7	361	100.0	
Personnage responsable communication																	
Genre personnage responsable communication																	
Femme	2	1.2	60	34.7	63	36.4	3	1.7	0	0	12	6.9	33	19.1	173	100.0	4.945
Homme	0	0.0	57	30.8	63	34.1	4	2.2	0	0	12	6.5	49	26.5	185	100.0	0.423
Total	2	0.6	117	32.7	126	35.2	7	2.0	0	0	24	6.7	82	22.9	358	100.0	
Genre participant-e																	
Femme	1	0.4	93	34.2	96	35.3	5	1.8	0	0	15	5.5	62	22.8	272	100.0	8.502
Homme	1	1.3	19	25.0	29	38.2	2	2.6	0	0	8	10.5	17	22.4	76	100.0	0.580
Autre	0	0.0	5	50.0	1	10.0	0	0.0	0	0	1	10.0	3	30.0	10	100.0	
Total	2	0.6	117	32.7	126	35.2	7	2.0	0	0	24	6.7	82	22.9	358	100.0	
Année d'études																	
Certif/ Bachelor	2	0.7	84	28.0	114	38.0	6	2.0	0	0	20	6.7	74	24.7	300	100.0	24.787
Master	0	0.0	28	62.2	8	17.8	0	0.0	0	0	3	6.7	6	13.3	45	100.0	0.006
Inconnu	0	0.0	5	38.5	4	30.8	1	7.7	0	0	1	7.7	2	15.4	13	100.0	
Total	2	0.6	117	32.7	126	35.2	7	2.0	0	0	24	6.7	82	22.9	358	100.0	
Concerné-e par un trouble psychique																	
Non	2	0.7	89	30.9	103	35.8	6	2.1	0	0	21	7.3	67	23.3	288	100.0	4.506
Oui	0	0.0	14	38.9	11	30.6	1	2.8	0	0	1	2.8	9	25.0	36	100.0	0.922

Tableau 2: Répartition des choix diagnostiques en fonction des variables (suite)

Personnage étudiant-e																	
	Abus de substances		Episode dépressif		Trouble anxieux		Trouble bipolaire		Trouble de la personnalité antisociale		Trouble de la personnalité borderline		Troubles somato-formes		Total		Chi2(6)
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	P-value
NSP	0	0.0	14	41.2	12	35.3	0	0.0	0	0	2	5.9	6	17.6	34	100.0	
Total	2	0.6	117	32.7	126	35.2	7	2.0	0	0	24	6.7	82	22.9	358	100.0	
Proche d'une personne concernée par un trouble psychique																	
Non	2	0.9	63	29.4	77	36.0	5	2.3	0	0	15	7.0	52	24.3	214	100.0	4.914
Oui	0	0.0	45	36.6	43	35.0	2	1.6	0	0	8	6.5	25	20.3	123	100.0	0.897
NSP	0	0.0	9	42.9	6	28.6	0	0.0	0	0	1	4.8	5	23.8	21	100.0	
Total	2	0.6	117	32.7	126	35.2	7	2.0	0	0	24	6.7	82	22.9	358	100.0	
Personnage Trader																	
Genre personnage trader																	
Femme	71	35.7	14	7.0	6	3.0	23	11.6	8	4.0	74	37.2	3	1.5	199	100.0	8.913
Homme	72	45.3	8	5.0	3	1.9	18	11.3	13	8.2	42	26.4	3	1.9	159	100.0	0.179
Total	143	39.9	22	6.1	9	2.5	41	11.5	21	5.9	116	32.4	6	1.7	358	100.0	
Genre participant-e																	
Femme	113	41.5	17	6.3	6	2.2	31	11.4	18	6.6	83	30.5	4	1.5	272	100.0	10.266
Homme	23	30.3	5	6.6	3	3.9	9	11.8	3	3.9	31	40.8	2	2.6	76	100.0	0.593
Autre	7	70.0	0	0.0	0	0.0	1	10.0	0	0.0	2	20.0	0	0.0	10	100.0	
Total	143	39.9	22	6.1	9	2.5	41	11.5	21	5.9	116	32.4	6	1.7	358	100.0	
Année d'études																	
Certif/ Bachelor	133	44.3	22	7.3	8	2.7	28	9.3	18	6.0	85	28.3	6	2.0	300	100.0	35.145
Master	5	11.1	0	0.0	1	2.2	11	24.4	3	6.7	25	55.6	0	0.0	45	100.0	0.000
Inconnu	5	38.5	0	0.0	0	0.0	2	15.4	0	0.0	6	46.2	0	0.0	13	100.0	
Total	143	39.9	22	6.1	9	2.5	41	11.5	21	5.9	116	32.4	6	1.7	358	100.0	
Concerné-e par un trouble psychique																	
Non	113	39.2	21	7.3	7	2.4	32	11.1	18	6.3	91	31.6	6	2.1	288	100.0	9.363
Oui	14	38.9	1	2.8	1	2.8	5	13.9	0	0.0	15	41.7	0	0.0	36	100.0	0.672
NSP	16	47.1	0	0.0	1	2.9	4	11.8	3	8.8	10	29.4	0	0.0	34	100.0	
Total	143	39.9	22	6.1	9	2.5	41	11.5	21	5.9	116	32.4	6	1.7	358	100.0	
Proche d'une personne concernée par un trouble psychique																	
Non	87	40.7	17	7.9	6	2.8	19	8.9	15	7.0	65	30.4	5	2.3	214	100.0	12.393
Oui	48	39.0	3	2.4	2	1.6	19	15.4	6	4.9	44	35.8	1	0.8	123	100.0	0.415
NSP	8	38.1	2	9.5	1	4.8	3	14.3	0	0.0	7	33.3	0	0.0	21	100.0	
Total	143	39.9	22	6.1	9	2.5	41	11.5	21	5.9	116	32.4	6	1.7	358	100.0	

riables étudiées, alors que les tableaux 3.1 à 3.3 présentent les résultats des régressions logistiques multivariées pour chacune des vignettes, démontrant l'influence des différentes variables sur les trois diagnostics principaux de la vignette.

Pour la vignette du personnage étudiant-e, rédigée pour illustrer un cas limite de TPB, les trois diagnostics qui ont été le plus choisis sont les troubles anxieux (143), le TPB (98) et la dépression (75) (Tableau 2). La proportion de

diagnostics de troubles anxieux posés pour la vignette homme et la vignette femme est très similaire. Elle est en revanche légèrement différente pour le TPB ainsi que pour la dépression. La différence de distribution des diagnostics n'est toutefois significative pour aucune des variables liées au genre, tout comme pour les autres variables étudiées.

La régression logistique multivariée de la vignette (Tableau 3.1) va dans le même sens, ne montrant pas d'influence significative des dif-

férentes variables sur les choix diagnostiques pour cette vignette.

Concernant la vignette du personnage responsable communication, conçue pour illustrer un cas limite de dépression, les diagnostics les plus choisis sont, dans l'ordre, le trouble anxieux (126 occurrences), la dépression (117), les troubles somatoformes (82) (Tableau 2). La proportion de troubles anxieux est très proche entre la vignette femme (36,4%) et la vignette homme (34,1%). Elle est un peu plus

Tableau 3.1: Personnage étudiant-e

Caractéristique	Episode dépressif		Trouble anxieux		Trouble de la personnalité borderline	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Genre personnage étudiant-e						
Femme	1.00	[1.00, 1.00]	1.00	[1.00, 1.00]	1.00	[1.00, 1.00]
Homme	1.26	[0.75, 2.12]	1.00	[0.65, 1.52]	0.75	[0.47, 1.21]
Genre participant-e						
Femme	1.00	[1.00, 1.00]	1.00	[1.00, 1.00]	1.00	[1.00, 1.00]
Homme	1.51	[0.82, 2.78]	0.89	[0.52, 1.53]	0.57	[0.30, 1.09]
Autre	0.92	[0.17, 5.02]	1.06	[0.24, 4.60]	0.87	[0.16, 4.66]
Année/faculté d'études						
Bachelor/psychologie	1.00	[1.00, 1.00]	1.00	[1.00, 1.00]	1.00	[1.00, 1.00]
Master/médecine	0.56	[0.22, 1.39]	0.81	[0.42, 1.58]	1.70	[0.86, 3.33]
Non spécifié	0.66	[0.14, 3.03]	1.35	[0.41, 4.52]	0.28	[0.05, 1.69]
Concernée par un trouble psychique						
Non	1.00	[1.00, 1.00]	1.00	[1.00, 1.00]	1.00	[1.00, 1.00]
Oui	1.39	[0.55, 3.49]	0.56	[0.25, 1.24]	1.16	[0.51, 2.63]
Non spécifié	2.98	[1.12, 7.88]	0.77	[0.31, 1.93]	0.58	[0.19, 1.71]
Proche d'une personne concernée par un trouble psychique						
Non	1.00	[1.00, 1.00]	1.00	[1.00, 1.00]	1.00	[1.00, 1.00]
Oui	0.79	[0.42, 1.48]	1.20	[0.73, 1.97]	1.20	[0.69, 2.08]
Non spécifié	0.49	[0.12, 2.05]	0.73	[0.22, 2.39]	3.70	[1.09, 12.57]
Nombre de cas	362.00		362.00		362.00	

Tableau 3.2: Personnage responsable communication

Caractéristique	Episode dépressif		Trouble anxieux		Troubles somatoformes	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Genre personnage responsable communication						
Femme	1.00	[1.00, 1.00]	1.00	[1.00, 1.00]	1.00	[1.00, 1.00]
Homme	0.86	[0.54, 1.36]	0.89	[0.57, 1.40]	1.57	[0.94, 2.62]
Genre participant-e						
Femme	1.00	[1.00, 1.00]	1.00	[1.00, 1.00]	1.00	[1.00, 1.00]
Homme	0.62	[0.34, 1.14]	1.15	[0.66, 1.98]	1.01	[0.54, 1.90]
Autre	0.87	[0.20, 3.84]	0.12	[0.01, 1.22]	2.25	[0.40, 12.58]
Année/faculté d'études						
Bachelor/ Psychologie	1.00	[1.00, 1.00]	1.00	[1.00, 1.00]	1.00	[1.00, 1.00]
Master/Médecine	4.25	[2.18, 8.29]	0.35	[0.15, 0.78]	0.47	[0.19, 1.16]
Non spécifié	0.95	[0.25, 3.59]	0.89	[0.23, 3.43]	0.37	[0.06, 2.15]
Concerné-e par un trouble psychique						
Non	1.00	[1.00, 1.00]	1.00	[1.00, 1.00]	1.00	[1.00, 1.00]
Oui	1.24	[0.56, 2.76]	0.79	[0.35, 1.78]	1.33	[0.55, 3.26]
Non spécifié	1.37	[0.53, 3.55]	1.36	[0.54, 3.40]	0.55	[0.16, 1.85]
Proche d'une personne concernée par un trouble psychique						
Non	1.00	[1.00, 1.00]	1.00	[1.00, 1.00]	1.00	[1.00, 1.00]
Oui	1.16	[0.68, 1.98]	1.13	[0.67, 1.91]	0.80	[0.44, 1.47]
Non	1.15	[0.34, 3.89]	0.87	[0.26, 2.99]	1.13	[0.29, 4.41]
Nombre de cas	362.00		362.00		362.00	

Tableau 3.3: Personnage trader

Caractéristique	Abus trader		Borderline trader		Bipolaire trader		Antisocial trader	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Genre personnage trader								
Femme	1.00	[1.00, 1.00]	1.00	[1.00, 1.00]	1.00	[1.00, 1.00]	1.00	[1.00, 1.00]
Homme	1.43	[0.92, 2.22]	0.61	[0.38, 0.98]	1.01	[0.52, 1.98]	2.07	[0.82, 5.21]
Genre participant-e								
Femme	1.00	[1.00, 1.00]	1.00	[1.00, 1.00]	1.00	[1.00, 1.00]	1.00	[1.00, 1.00]
Homme	0.61	[0.35, 1.08]	1.54	[0.89, 2.68]	1.00	[0.44, 2.28]	0.51	[0.14, 1.84]
Autre	3.26	[0.65, 16.25]	0.25	[0.04, 1.61]	0.45	[0.04, 5.63]	1.00	[1.00, 1.00]
Année/faculté d'études								
Bachelor/psychologie	1.00	[1.00, 1.00]	1.00	[1.00, 1.00]	1.00	[1.00, 1.00]	1.00	[1.00, 1.00]
Master/médecine	0.15	[0.06, 0.41]	3.08	[1.59, 5.95]	2.86	[1.28, 6.36]	1.37	[0.36, 5.15]
Non spécifié	0.40	[0.10, 1.61]	2.12	[0.58, 7.72]	1.34	[0.23, 7.87]	1.00	[1.00, 1.00]
Concerné-e par un trouble psychique								
Non	1.00	[1.00, 1.00]	1.00	[1.00, 1.00]	1.00	[1.00, 1.00]	1.00	[1.00, 1.00]
Oui	1.03	[0.45, 2.31]	1.44	[0.65, 3.16]	0.98	[0.33, 2.88]	1.00	[1.00, 1.00]
Non spécifié	1.29	[0.50, 3.31]	0.92	[0.34, 2.45]	0.86	[0.22, 3.46]	3.44	[0.85, 13.98]
Proche d'une personne concernée par un trouble psychique								
Non	1.00	[1.00, 1.00]	1.00	[1.00, 1.00]	1.00	[1.00, 1.00]	1.00	[1.00, 1.00]
Oui	1.05	[0.62, 1.78]	1.03	[0.60, 1.77]	1.68	[0.80, 3.51]	0.77	[0.27, 2.18]
Non spécifié	0.43	[0.12, 1.56]	1.31	[0.38, 4.46]	1.85	[0.35, 9.70]	1.00	[1.00, 1.00]
Nombre de cas	362.00		362.00		362.00		292.00	

importante pour la dépression (34,7% pour la vignette femme et 30,8% pour la vignette homme) ainsi que pour les troubles somatoformes (19,1% pour la vignette femme et 26,5% pour la vignette homme). Là aussi, la différence de distribution des diagnostics n'est significative pour aucune des variables liées au genre. Le tableau 3.2 ne montre pas non plus d'influence de ces variables sur le choix du diagnostic.

Concernant les autres variables, seule l'année/faculté d'études (Master/médecine ou Bachelor/FPSE) induit une différence significative dans la répartition des diagnostics avec une valeur p de 0,006.

Pour la vignette du personnage trader, créée pour illustrer un cas limite de trouble de la personnalité antisociale (TPA), les trois diagnostics les plus choisis sont l'abus de substances (143 occurrences), le TPB (116) et le trouble bipolaire (41) (tableau 2). Le TPA n'intervient qu'en cinquième position avec 21 occurrences. Pour cette vignette, lorsque le personnage mis en scène est un homme, le diagnostic d'abus de substances est choisi dans 45,3% des cas et celui de TPB dans 26,4% des cas. Lorsque c'est une femme, la distribution entre TPB et abus de substances est plus équilibrée: 37,2% pour le TPB et 35,7% pour l'abus

de substances. Parmi les résultats, aucun n'est significatif. La régression logistique multivariée de la vignette, présentée dans le tableau 3.3, permet toutefois de mettre en évidence une influence significative du genre du personnage mis en scène sur le choix diagnostique, mais seulement pour le TPB, avec un OR de 0,61 (IC 95% 0,38–0,98) indiquant que les étudiant-e-s ont 1,64 fois moins de risque de choisir ce diagnostic si le personnage de la vignette est un homme.

Concernant les variables non liées au genre, seule l'année/faculté d'études des participant-e-s semble jouer un rôle significatif dans le choix du diagnostic, avec une valeur p inférieure à 0,001.

Si l'on considère les diagnostics un par un (tableau 3.3), cette variable influence significativement le choix des diagnostics d'abus de substances, avec un OR de 0,15 pour les étudiant-e-s de Master/médecine par rapport aux étudiant-e-s de Bachelor/psychologie (IC 95% 0,06–0,41); de TPB, avec un OR de 3,08 pour les étudiant-e-s de Master/médecine par rapport aux étudiant-e-s de Bachelor/psychologie (IC 95% 1,59–5,95) et d'un trouble bipolaire, avec un OR de 2,86 pour les étudiant-e-s de Master/médecine par rapport aux étudiant-e-s de Bachelor/psychologie (IC 95% 1,28–6,36).

Discussion

L'objectif principal de l'étude était de voir si les biais de genre dans le choix du diagnostic psychiatrique relevés dans plusieurs études chez les professionnel-le-s [9, 18, 19] sont déjà présents chez les étudiant-e-s ou si ces biais arrivent plus tard, au gré de la pratique professionnelle.

Les résultats de notre étude plaident plutôt en faveur de la deuxième option. En effet, les résultats des vignettes des trois personnages n'ont pas permis de démontrer une différence significative dans le choix du diagnostic selon le genre du personnage mis en scène. Le seul résultat significatif en lien avec le genre du personnage concerne la vignette du personnage trader, mais uniquement pour le diagnostic du TPB: le personnage femme a une plus grande probabilité de recevoir un diagnostic de TPB que le personnage homme, ce qui rejoint la prévalence observée dans différentes études [9, 14, 19]. Ce résultat doit toutefois être pris avec beaucoup de précautions, aucune différence significative n'ayant pu être démontrée pour les autres diagnostics en lien avec cette vignette.

Concernant les autres variables prises en compte dans l'étude, la seule qui semble avoir une influence significative pour le choix du diagnostic est celle de l'année/faculté d'études.

C'est le cas pour la vignette du personnage responsable communication, et les diagnostics de dépression et de troubles anxieux. Cette variable a aussi une influence significative sur les diagnostics de TPB, de TB et d'abus de substances de la vignette du trader. Mais là aussi, ces résultats doivent être pris avec précaution. D'une part, aucune différence significative n'a pu être observée pour cette variable pour la vignette du personnage étudiant-e-s. D'autre part, les étudiant-e-s en médecine sont largement sous-représenté-e-s dans l'échantillon par rapport aux étudiant-e-s en psychologie. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les étudiant-e-s en psychologie ont participé à l'étude dans le cadre d'un programme à travers lequel ils/elles recevaient un demi-crédit en répondant au questionnaire, ce qui n'était pas le cas des étudiant-e-s en médecine. Par ailleurs, les étudiant-e-s des deux facultés ne sont pas au même niveau d'études: les étudiant-e-s en psychologie sont de niveau Bachelor et les étudiant-e-s en médecine sont de niveau Master. Il est dès lors impossible de déterminer si les résultats significatifs pour cette variable sont dus à la faculté d'études ou au niveau d'études.

Les résultats de notre étude n'ont donc pas permis d'observer l'influence du genre dans le choix du diagnostic chez les étudiant-e-s en médecine et en psychologie. En outre, à part la filière d'études, les caractéristiques démographiques des étudiant-e-s n'ont pas non plus d'influence significative sur le choix du diagnostic en première intention. On peut donc supposer que c'est essentiellement la situation du/de la patient-e-s et l'analyse qui en est faite qui influencent le choix du diagnostic en première intention pour les étudiant-e-s.

Ces résultats doivent être pris avec précaution. La puissance de l'étude est probablement insuffisante. Nos hypothèses de départ tablaient en effet sur une différence de 15 points dans le choix diagnostique entre les vignettes hommes et les vignettes femmes. Or notre étude montre des différences observées moindres lorsqu'elles existent (Tableau 2).

Ces résultats tendent néanmoins à s'éloigner de ceux que la recherche apporte pour les professionnel-le-s confirmé-e-s, chez lesquelles les préjugés liés au genre joueraient un rôle dans leurs choix diagnostiques [9, 18, 19]. Cette différence entre professionnel-le-s et étudiant-e-s pourrait s'expliquer par l'influence de la pratique: au fil de leur expérience, les professionnel-le-s intègrent les études de prévalence qui démontrent qu'il y a plus de femmes que d'hommes qui souffrent de dépression ou de TPB, mais plus d'hommes qui souffrent de TPA [9]. Sur cette base, ils/elles pensent peut-être plus facilement à un diagnostic de dépres-

sion ou de TPB s'ils/elles sont confronté-e-s à une femme, et à un TPA s'ils/elles sont confronté-e-s à un homme. On parle alors de discrimination statistique [3, 9, 23] ou de biais de confirmation, soit la tendance de retenir avant tout les informations qui confirment ce que l'on croit ou perçoit.

Une autre piste d'explications pourrait être générationnelle. L'égalité des genres progresse au sein des sociétés occidentales et, avec elle, les représentations sociales liées au genre évoluent [33–37]. Les étudiant-e-s étant, a priori, plus jeunes que les professionnel-le-s, il est possible que les étudiant-e-s soient moins influencé-e-s par les représentations liées au genre que leurs aîné-e-s lorsqu'ils/elles posent un diagnostic. Cette hypothèse rejoindrait les approches qui pointent du doigt des systèmes de santé emprunts de préjugés historiques à l'égard des femmes, avec des conséquences sur les diagnostics qui leur sont attribués et leur prise en charge [9, 14, 15, 18, 19]. Elle est toutefois contrebalancée par le fait que des stéréotypes implicites liés au genre subsistent, y compris chez les jeunes [37–40].

La question des biais de genre liés aux diagnostics psychiatriques reste ainsi nuancée. D'une part, les études réalisées à l'aide de vignettes cliniques auprès des professionnel-le-s, et donc les plus apparentées à notre étude, parviennent à des résultats contradictoires. Certaines études mettent en évidence des différences significatives de diagnostics selon que la personne mise en scène soit un homme ou une femme [15, 17, 22, 26, 27]; d'autres ne montrent pas ou peu de différences significatives [19, 25, 41]. D'autres encore montrent des résultats mixtes en fonction de différents critères [42]. Par ailleurs très peu d'études utilisant des vignettes cliniques ont été réalisées avec des étudiant-e-s [13, 19] et, à notre connaissance, aucune ne s'est intéressée spécifiquement aux étudiant-e-s en psychologie et en médecine et aucune ne compare la présence de stéréotypes de genres entre des étudiant-e-s et des clinicien-ne-s à l'aide de vignettes cliniques.

Des études complémentaires devraient donc être menées pour vérifier les résultats de notre étude [33].

Limites de l'étude

La participation nombreuse à l'étude permet d'avoir des résultats fiables pour ce qui touche au genre des personnages des vignettes. C'est toutefois moins le cas pour ce qui touche au genre des participant-e-s, les hommes étant sous-représentés par rapport aux femmes.

La comparaison entre étudiant-e-s en psychologie et en médecine est, elle aussi, difficile

à interpréter en raison de la sous-représentation des étudiant-e-s en médecine et de la différence de niveau d'études entre les étudiant-e-s de la FPSE (niveau Bachelor) et celles et ceux de la faculté de médecine (niveau Master). La portée de l'étude est en outre limitée par le fait que l'ensemble des participant-e-s provient d'une seule université.

L'utilisation d'un questionnaire et de vignettes non standardisés restreint également la portée de l'étude, car sa comparaison avec les résultats obtenus par d'autres études est plus difficile à opérer. Par ailleurs la vignette du personnage trader, rédigée pour illustrer un cas limite de trouble de la personnalité antisociale (TPA), ne semble pas avoir été suffisamment orientée vers ce trouble, car seule une petite minorité de participant-e-s ont posé ce diagnostic. Les participant-e-s lui ont largement préféré le diagnostic d'abus de substances ou celui de TPB.

Conclusion

L'étude n'a pas permis, globalement, d'identifier des biais de genre dans le choix du diagnostic psychiatrique par les étudiant-e-s. En revanche, elle met en avant une influence de l'année et de la faculté d'études dans ce choix. Ces résultats doivent toutefois être pris avec beaucoup de prudence pour toutes les raisons évoquées ci-dessus. Ils demandent donc à être confirmés par des études complémentaires, qui utilisent des questionnaires et vignettes standardisés et qui incluent des participant-e-s issu-e-s de plusieurs universités et avec une meilleure répartition des genres et des facultés d'études.

Dans l'intervalle, une attention particulière devrait néanmoins être portée à la sensibilisation des étudiant-e-s en médecine et en psychologie à la problématique des biais de genre dans le domaine de la santé et aux potentielles conséquences que ces représentations peuvent avoir.

Acknowledgements

Les auteur-e-s tiennent à remercier Mmes Aude Richard, Margot Morgièvre et M. Marc Dupuis pour leurs précieux apports lors des préparatifs de cette étude, la Dre Hélène Richard-Lepouriel pour la vignette orientée dépression et le Dr Paco Prada pour ses conseils dans l'élaboration des deux autres vignettes cliniques, M. Alessio Giarrizzo et Mme Emma Acampora pour leur précieuse aide dans la diffusion du questionnaire, ainsi que le Prof. Luc Mallet pour ses précieux conseils. Cet article a été écrit comme une suite à un mémoire rédigé dans le cadre d'un Master en santé publique de l'Université de Genève.

Ethics Statement

Cette étude a été acceptée par la Commission d'éthique de l'Université de Genève (CUREG) et le Bureau de la commission d'enseignement (BUCE) de la Faculté de médecine de l'Université de Genève. Tous

les participant-e-s à l'étude ont signé un formulaire de consentement online à la première page du questionnaire et avaient la possibilité de se rétracter.

Conflict of Interest

Les auteur-e-s déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts pouvant interférer dans l'étude. Cette étude a été réalisée dans le cadre d'un mémoire pour l'obtention de la Maîtrise d'études avancées en santé publique de l'Université de Genève et n'a reçu aucun soutien financier.

Data Availability Statement

Les données seront mises à disposition par les auteurs sur demande.

Author Contributions

SRP et EJ ont conçu et élaboré le design d'étude; SRP a collecté les données; EF et SRP ont analysé les données; SRP a rédigé l'article, EJ, OS et EF ont supervisé et commenté la rédaction de l'article. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version publiée du manuscrit.

Correspondence

Stéphanie Romanens-Pythoud
Institut de santé globale,
9 Chemin des mines,
CH-1202 Genève
[stephanie.romapy\[at\]gmail.com](mailto:stephanie.romapy[at]gmail.com)



Stéphanie Romanens-Pythoud
Institut de santé globale, Faculté de médecine, Genève, Suisse

References

- Gillett G. Pink and blue: the role of gender in psychiatric diagnosis. *J Med Ethics*. 2019;45(4):271–4.
- Nuncic P. Genre et santé mentale: pourquoi les hommes et les femmes ne développent pas les mêmes psychopathologies? *Analyse FPS*; 2018;12 pp.
- Broverman IK, Broverman DM, Clarkson FE, Rosenkrantz PS, Vogel SR. Sex-role stereotypes and clinical judgments of mental health. *J Consult Clin Psychol*. 1970;10(1):34(1):1.
- Vidal C. Biais de genre dans l'accès au soin: une préoccupation éthique. *Rev Française Ethique Appl*. 2019;8(2):12–4.
- Mehl-Madrona L, McFarlane P, Mainguy B. Epigenetics, gender, and sex in the diagnosis of depression. *Curr Psychiatry Res Rev*. 2019;15(4):277–89.
- Observatoire suisse de la santé. Santé psychique: Chiffres clés 2016. *OBSAN Bull*. 2018;(5/2018):1–4.
- Gagné S. Étude des déterminants de l'utilisation des services ambulatoires de santé pour la dépression au Canada: Différences de genre. [Québec]: Université de Sherbrooke; 2015.
- Papanikola G, Borcan D, Sanida E, Escard E. Santé mentale au féminin: entre vulnérabilité intrinsèque et impacts des facteurs psychosociaux ? *Rev Médicale Suisse* [Internet]. 23 sept 2015 [cité 12 nov 2020];(487). Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2015/RMS-N-487/Sante-mentale-au-feminin-entre-vulnerabilite-intrinsèque-et-impacts-des-facteurs-psychosociaux>
- Alvarez CL. Impact du genre sur le diagnostic psychiatrique: une revue de la littérature. Université de Bordeaux 2 Victor Segalen, UFR des sciences médicales; 2019.
- Kuehner C. Why is depression more common among women than among men? *Lancet Psychiatry*. 2017;4(2):146–58.
- Ammar Saidi N. Dépistage de la dépression chez des patients consultant pour une plainte physique en médecine de famille en Suisse romande: existe-t-il une
- différence selon le genre? [Lausanne]: Université de Lausanne; 2011.
- Kinney KL, Boffa JW, Amir N. Gender Difference in Attentional Bias Toward Negative and Positive Stimuli in Generalized Anxiety Disorder. *Behav Ther*. 2017;48(3):277–84.
- Viljoen S, Cook AN, Lim YL, Layden BK, Bousfield NK, Hart SD. Are Psychopathic and Borderline Personality Disorder Distinct, or Differently Gendered Expressions of the Same Disorder? An Exploration Using Concept Maps. *Int J Forensic Ment Health*. 2015;14(4):267–79.
- Bjorklund P. No man's land: gender bias and social constructivism in the diagnosis of borderline personality disorder. *Issues Ment Health Nurs*. 2006;27(1):3–23.
- Crosby JP, Sprock J. Effect of patient sex, clinician sex, and sex role on the diagnosis of Antisocial Personality Disorder: Models of underpathologizing and overpathologizing biases. *J Clin Psychol*. 2004;60(6):583–604.
- Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol*. 2005;15(4):357–76.
- Benson KT, Donnellan MB, Morey LC. Gender-related differential item functioning in DSM-IV/DSM-5-III (alternative model) diagnostic criteria for borderline personality disorder. *Personal Disord*. 2017;8(1):87–93.
- Conrath P, Houdry PM. La santé mentale des femmes. *J Psychol*. 2017;347(5):3–3.
- Pageot A, Huprich S. Measurement Invariance Between Genders on Two Measures of Borderline Personality Disorder. *J Personal Disord*. 2017;32(1):31–43.
- Potts MK, Burnam MA, Wells KB. Gender differences in depression detection: A comparison of clinician diagnosis and standardized assessment. *Psychol Assess J Consult Clin Psychol*. 1991;3(4):609–15.
- Dolan M, Völlm B. Antisocial personality disorder and psychopathy in women: A literature review on the reliability and validity of assessment instruments. *Int J Law Psychiatry*. 2009;32(1):2–9.
- Samuel DB, Widiger TA. Comparative gender biases in models of personality disorder. *Personal Ment Health*. 2009;3(1):12–25.
- Ford MR, Widiger TA. Sex bias in the diagnosis of histrionic and antisocial personality disorders. *J Consult Clin Psychol*. 1989;57(2):301–5.
- DSM-IV casebook: A learning companion to the diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Arlington, VA, US: American Psychiatric Association; 1994. xiii, 576 p. (Spitzer RL, Gibbon M, Skodol AE, Williams JBW, First MB. DSM-IV casebook: A learning companion to the diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed).
- McCredie MN, Morey LC. An investigation of the influence of case and clinician gender in clinical decision-making. *Personal Disord Theory Res Treat*. 2019;10(3):286–90.
- Adler DA, Drake RE, Teague GB. Clinicians' practices in personality assessment: does gender influence the use of DSM-III axis II? *Compr Psychiatry*. 1990;31(2):125–33.
- Warner R. The diagnosis of antisocial and hysterical personality disorders. An example of sex bias. *J Nerv Ment Dis*. 1978;166(12):839–45.
- WHO-5 Questionnaires [Internet]. [cité 17 août 2022]. Disponible sur: <https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/who-5-questionnaires/Pages/default.aspx>
- Major Depression Inventory (MDI) [Internet]. Psychology Tools. [cité 17 août 2022]. Disponible sur: <https://psychology-tools.com/major-depression-inventory/>
- SCID-5-CV - Entretien clinique structuré pour les troubles du DSM-5® | Testzentrale [Internet]. [cité 17 août 2022]. Disponible sur: <https://www.testzentrale.ch/fr/shop/entretien-clinique-structure-pour-les-troubles-du-dsm-5r.html>
- Fryers T, Brugha T, Morgan Z, Smith J, Hill T, Carta M, et al. Prevalence of psychiatric disorder in Europe: the potential and reality of meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr*. 2004;39(11):899–905.

- Paykel ES, Brugha T, Fryers T. Size and burden of depressive disorders in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2005;15(4):411–23.
- Moya M, Moya-Garófano A. Evolution of Gender Stereotypes in Spain: From 1985 to 2018. *Psicothema*. 2021;(33.1):53–9.
- Hamel C, Rault W. Les inégalités de genre sous l'œil des démographes. *Popul Sociétés*. 2014;517(11):1–4.
- Yzerbyt V, Bonnot V, Faniko K. Chapitre 8. Genre, stéréotypes et relations intergroupes. In: *Les psychologies du genre* [Internet]. Wavre: Mardaga; 2021 [cité 19 sept 2022]. p. 183–216. (PSY-Individus, groupes, culture). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-psychologies-du-genre--9782804709358-p-183.htm>
- Office fédéral de la statistique. Indicateurs de l'égalité entre femmes et hommes et de la conciliation emploi et famille 2/2022 | Office fédéral de la statistique [Internet]. 2022 [cité 19 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.bfs.admin.ch/news/fr/2022-0456>
- Ellemers N. Gender Stereotypes. *Annu Rev Psychol*. 2018;69(1):275–98.
- Benoit-Moreau F, Delacroix E. Chapitre 1. Le genre, fondements théoriques d'une notion multidisciplinaire. In: *Genre et marketing* [Internet]. Caen: EMS Editions; 2020 [cité 19 sept 2022]. p. 15–34. (Societing). Disponible sur: <https://www.cairn.info/genre-et-marketing--9782376873693-p-15.htm>
- Duru-Bellat M. À l'école du genre. *Enfances Psy*. 2016;69(1):90–100.
- Naves MC, Wisnia-Weill V. Lutter contre les stéréotypes filles-garçons: Un enjeu d'égalité et de mixité dès l'enfance. Commissariat général à la stratégie et à la prospective; 2014 236 pp.
- Woodward HE, Taft CT, Gordon RA, Meis LA. "Clinician bias in the diagnosis of posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder": Correction to Woodward et al. (2009). *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy*. 2010;2(2):96.
- Flanagan EH, Blashfield RK. Gender acts as a context for interpreting diagnostic criteria. *J Clin Psychol*. 2005;61(12):1485–98.