Document généré le 27 mai 2024 14:19

Santé mentale au Québec

Va te faire soigner, ton usine est malade : la place de l'hystérie de masse dans la problématique de la santé des femmes au travail

Carole Brabant, Donna Mergler et Karen Messing

Volume 15, numéro 1, juin 1990

Les Québécoises : dix ans plus tard

URI : https://id.erudit.org/iderudit/031549ar
DOI : https://doi.org/10.7202/031549ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)
1708-3923 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Brabant, C., Mergler, D. & Messing, K. (1990). Va te faire soigner, ton usine est malade : la place de l'hystérie de masse dans la problématique de la santé des femmes au travail. *Santé mentale au Québec*, *15*(1), 181–204. https://doi.org/10.7202/031549ar

Résumé de l'article

L'hystérie de masse se déduit comme l'occurrence épidémique d'une série de symptômes physiques en l'absence de désordre organique et d'agent pathogène identifiables. En dépit de larges variations individuelles et contextuelles, une étonnante similarité unit les différents épisodes rapportés dans la littérature : présence d'un événement déclencheur, progression et régression rapide de symptômes diffus et prédominance de femmes parmi les cas. Nous résumons les recherches dans ce domaine et discutons de la surreprésentation des femmes à travers les hypothèses rattachées à : 1- la biologie et le poids de la socialisation différentielle des hommes et des femmes ; 2- la mauvaise évaluation des risques environnementaux, organisationnels et ergonomiques dans les milieux où l'on assiste à l'hystérie de masse. L'interprétation féministe, en filigrane, s'attaque au préjugé de la vulnérabilité féminine pour mettre en lumière la sous-estimation de la pénibilité des conditions de travail des femmes.

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 1990

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

Santé mentale au Québec, 1990, XV, 1, 181-204

Va te faire soigner, ton usine est malade: la place de l'hystérie de masse dans la problématique de la santé des femmes au travail

*Carole Brabant**
*Donna Mergler**
*Karen Messing**

L'hystérie de masse se définit comme l'occurrence épidémique d'une série de symptômes physiques en l'absence de désordre organique et d'agent pathogène identifiables. En dépit de larges variations individuelles et contextuelles, une étonnante similarité unit les différents épisodes rapportés dans la littérature : présence d'un événement déclencheur, progression et régression rapide de symptômes diffus et prédominance de femmes parmi les cas. Nous résumons les recherches dans ce domaine et discutons de la surreprésentation des femmes à travers les hypothèses rattachées à : 1- la biologie et le poids de la socialisation différentielle des hommes et des femmes ; 2- la mauvaise évaluation des risques environnementaux, organisationnels et ergonomiques dans les milieux où l'on assiste à l'hystérie de masse. L'interprétation féministe, en filigrane, s'attaque au préjugé de la vulnérabilité féminine pour mettre en lumière la sous-estimation de la pénibilité des conditions de travail des femmes.

Peu après le début du travail, un certain mercredi matin de mars 1972, 35 femmes travaillant dans un centre universitaire de traitement de données souffrent subitement d'étourdissements et de nausées ; plusieurs vomissent, d'autres s'évanouissent. Bien que la perception d'une odeur étrange marque le début de l'incident, aucun contaminant chimique, physique, ou biologique pouvant expliquer la gravité des symptômes n'a pu être identifié. Le travail est répétitif et routinier. Les victimes sont uniquement des femmes. On attribue les symptômes à un phénomène psychologique ; le diagnostic d'hystérie de masse est posé (Stahl et Lebedun, 1974).

Il s'agit là d'un des premiers épisodes nord-américains consignés dans la littérature scientifique. Depuis, le phénomène s'est répandu, ou encore le diagnostic s'est articulé et « officialisé ». On compte, en Amérique du Nord seulement, plus d'une vingtaine d'épisodes qualifiés de maladies psychogéniques en milieu de travail, avec une remarquable constante : la prédominance des femmes parmi les cas.

Bien que cette prédominance féminine dans les épisodes taxés d'hystérie de masse soit discutée explicitement dans la littérature, l'analyse demeure

* Groupe de Recherche-Anction du Travail, Université du Québec à Montréal. Équipe associée de Recherche en Santé et en Sécurité du Travail du Québec (IRSST).

superficielle et partielle. Les diverses hypothèses avancées pour expliquer la surreprésentation des femmes ne sont énoncées que pour être infirmées, laissant trop souvent un questionnement ouvert sur la vulnérabilité féminine. L'image véhiculée des travailleuses « malades », miroir du quasi-consensus autour de leur tendance à l'hystérie, n'est pas sans rappeler l'attitude des thérapeutes conventionnels tant critiquée par les intervenantes féministes en santé mentale. « Va te faire soigner, t'es malade ! » Le plus court chemin pour traiter une symptomatologie diffuse est certes l'administration d'antidépresseurs, alors que le chemin le plus sûr passe nécessairement par l'exploration des causes organiques, collectives et environnementales (Guyon, 1981).

Peut-on situer l'hystérie de masse en milieu de travail *mutatis mutandis* dans la même problématique ? L'hystérie de masse est un problème collectif par définition, mais tend à devenir la responsabilité de la travailleuse par convention : « Va te faire soigner, ton usine est malade ! » Nous tenterons ici d'analyser la portée du concept d'atteinte psychogénique dans la problématique de la santé des femmes au travail, en considérant diverses hypothèses : la susceptibilité biologique ou psychologique attribuée aux femmes ; la vulnérabilité accrue des femmes en raison de leurs conditions de travail salarié et domestique ; le sur-diagnostic de l'hystérie de masse chez les femmes.

Notes historiques

La place de la théorie des genres dans l'analyse de syndromes tantôt nouveaux ou inexpliqués, tantôt étranges ou marginaux est persistante. Le terme « hystérie », dérivé du grec « hysterikos » signifiant utérus, a été introduit dans le langage médical par Hippocrate (400 ans av. J.C.) comme attribut d'un large spectre de symptômes rencontrés chez les femmes célibataires : convulsions, spasmes musculaires, crampes abdominales, maux de tête, etc. Selon Hippocrate, l'utérus réagissait à l'abstinence sexuelle par des secousses rythmiques engendrant un inconfort généralisé. On présumait que cette affliction avait une composante épidémique et se propageait aux demoiselles de l'entourage de la victime, d'où le qualificatif d'hystérie de masse (Veith, 1965).

Si l'hystérie collective peut prendre diverses formes, il reste que l'occurrence « sexuée » de désordres d'origine apparemment psychologique a été rapportée fréquemment de tout temps et dans toutes les cultures. Selon Sirois (1974 ; 1982), qui dresse un portrait de l'évolution des cas d'hystérie de masse à travers l'histoire, le phénomène naît sous le couvert religieux, il est ensuite récupéré dans le folklore, pour finalement prendre un visage médical surtout depuis la fin du 19e siècle. On a d'abord connu les « maladies dansantes » à la fin du Moyen Âge avec l'ère de la religiosité, pendant laquelle tout événement en marge de la morale était interprété comme une œuvre démoniaque, médium parfait pour l'installation de l'hystérie. Il existe plusieurs exemples de cas rapportés entre les 13e et 16e

siècles, le plus célèbre étant celui de Saint-Vitus qui parcourut l'Europe entière (Martin, 1923). Les épidémies de couvents entre 1550 et 1650 sont une deuxième grande vague d'hystérie collective historiquement visible au moment de l'éclatement du monde religieux. Toujours dans un contexte religieux, celui du renouveau protestant, sont apparus spontanément d'autres phénomènes collectifs extatiques à la frontière des États-Unis aux alentours de 1800 (Sirois, 1974). Par la suite, le phénomène est particulièrement répandu dans les établissements d'enseignement et apparaît dans le contexte industriel. Des 70 épisodes rapportés dans la littérature mondiale révisée par Sirois (1974) entre 1872 et 1972, 34 impliquaient des écoliers et des écolières surtout, 17 avaient eu lieu dans des villages et des zones rurales et 8 dans des industries à main-d'œuvre majoritairement féminine.

Plusieurs des épisodes qualifiés a posteriori d'hystérie de masse à partir d'une grille d'analyse contemporaine sont possiblement beaucoup plus qu'une simple contagion de symptômes somatiques. Néanmoins, le rappel de ces événements historiques donne plus de perspective à l'étude du phénomène, et permet de retracer le chemin qui l'amène aujourd'hui à prendre un visage médical.

Définition contemporaine du phénomène

L'expression « hystérie de masse », utilisée en référence aux syndromes d'origine psychogénique à caractère épidémique, est maintenant loin de son sens littéral et historique, et sans parallèle avec la définition clinique de l'hystérie psychiatrique. Ce vocable s'est installé sous la définition générale des désordres somatoformes donnée dans le manuel de référence de l'Association américaine des psychiatres (DSM-III, 1987) soit : « Un désordre psychophysiologique auquel aucune pathologie organique ni mécanisme physiopathologique ne peuvent être clairement associés ». Quelques auteur-es nuancent cette définition en y ajoutant la notion d'une condition physique créée ou exacerbée par un conflit entre la perception individuelle du stress et les mécanismes individuels de gérance (coping) de stress (Nicholi, 1978 ; Colligan, 1981 ; Folkman et Lazarus, 1982).

Bien que le terme « hystérie de masse » soit le plus couramment utilisé dans la littérature, la diversité des expressions témoigne du cadre diagnostique encore obscur qui entoure le phénomène. Ainsi, les termes suivants sont équivalents du point de vue diagnostic : hystérie de masse — contagion comportementale — psychose collective — réaction collective au stress — dérangement psychique transitoire, contextuel et épidémique — réaction de conversion collective — psychopathologie de groupe — panique de masse — épidémie de symptômes psychiatriques (Boxer, 1985).

Si le recours au diagnostic impliquant une névrose occupationnelle s'accentue, plusieurs atteintes d'origine controversée, voire même le syndrome des tours à bureaux (Guidotti *et al.*, 1987 ; Whorton *et al.*, 1987) et les problèmes musculosquelettiques (Awerbach, 1984 ; Lucire, 1986 ;

Hocking, 1987a), pourraient bien rejoindre cette liste, explicitement tramée par l'étiologie psychologique. D'où l'importance d'analyser la place de ce phénomène dans la problématique de la santé des travailleuses, en commençant par situer son cadre théorique.

Les phénomènes qualifiés d'hystérie de masse, quoique définis sur la base d'éléments subjectifs plutôt qu'empiriques, présentent un certain nombre de caractéristiques communes en termes de déclenchement, de propagation et de symptomatologie. Colligan et Murphy (1982) attribuent le caractère épidémique des maladies psychogéniques à trois phénomènes se succédant dans le temps : la convergence, le déclencheur et la contagion.

Par convergence, on entend le fait que plusieurs personnes développent des symptômes indépendamment les unes des autres. Typiquement, l'émergence des symptômes suit l'occurrence ou la perception d'un événement précis et inhabituel, qualifié de déclencheur. Dans la plupart des épisodes rapportés dans la littérature, l'événement déclencheur est la perception d'une odeur étrange. Le rôle des odeurs dans la génèse des maladies psychogéniques est d'ailleurs bien documenté (Guidotti *et al.*, 1987 ; Kurtz et Esser, 1989). Dans le contexte industriel nord-américain, ce type de déclencheur est crédible et facilement associable au développement de maladies (Brodsky, 1988). Dans un autre cadre culturel, le déclencheur peut être de nature tout à fait mystique, impliquant quelque possession démoniaque telle que rapportée par Phoon (1982) dans les industries de Singapour. Après l'apparition du premier cas, on assiste rapidement à la contagion, phénomène qui conduit les individus à une réinterprétation de malaises diffus correspondant plus adéquatement à ceux verbalisés par le cas index (Colligan, 1981). On retrouve en général une relation positive entre la conviction d'avoir été exposé-e et l'intensité des symptômes (Brodsky, 1983). Toutefois, selon Boxer *et al.* (1984), les individus présentant des symptômes n'ont pas nécessairement été en contact avec l'élément déclencheur ; il s'agit fréquemment de personnes informées de l'exposition ou de la symptomatologie d'un collègue. Dans certaines situations, on évoque même la possibilité que le « cas index » se soit substitué au déclencheur proprement dit (Elesh *et al.*,1979, cité par Boxer, 1985).

Le premier cas est généralement l'individu le plus fortement atteint (Kerckhoff et Back, 1968). La propagation s'opère soit par rayonnement via les travailleurs-euses voisins (Sirois, 1974 ; Schmitt *et al.*, 1980), soit par le réseau des individus intimement liés (Kerckhoff et Back, 1968 ; Teoh, 1972 cité par Sirois, 1974 ; Stahl et Lebedun, 1974). De façon générale, la gravité des symptômes diminue avec l'augmentation du nombre de victimes, et les épidémies se stabilisent rapidement. Notons cependant que dans certains cas, on peut assister à des rechutes (Colligan et Stockton, 1978 ; Kuchinski et Colligan, 1979 ; Hall et Jonhson, 1989) et à une persistance des symptômes sur des périodes aussi longues que 10 ans (Kerckhoff, 1982).

En dépit d'une large variation individuelle et contextuelle, les symptômes sont toujours d'ordre somatique et généralement difficiles à associer à une pathologie précise : douleurs et malaises musculo-squelettiques, difficultés à respirer, nausées, faiblesses, étourdissements, maux de tête, embrouillement de la vision...

Fréquemment, le diagnostic initial fait référence à un empoisonnement ou à un micro-organisme quelconque et conduit à un traitement concret (assistance respiratoire, antibiotique...). Une étiologie psychologique est souvent évoquée au constat de l'inefficacité des traitements prescrits, couplé à l'absence de cause infectieuse, pathologique ou toxique évidente.

Description des épisodes d'hystérie de masse en milieu de travail

La première référence précise à un cas d'hystérie de masse en milieu de travail remonte à 1787, dans une manufacture de coton à Hodder Bridge, en Angleterre. À la vue d'une souris introduite dans son chandail par une compagne, une travailleuse présenta une réaction de panique accompagnée de convulsions qui se maintinrent pendant près de 24 heures. Le lendemain, 3 autres travailleuses manifestaient des symptômes similaires et au quatrième jour 23 femmes et 1 homme étaient affectés. Les symptômes se propagèrent aux industries voisines, en même temps que la rumeur d'une intoxication due aux fibres de coton. Les victimes étaient traitées avec succès à l'aide de décharges électriques. Aucun nouveau cas ne fut déclaré après que la population fut convaincue que le problème était d'origine psychologique, facilement curable et sans lien aucun avec le coton (reproduit dans Hunter et MacAlpine, 1963, cité par Boxer, 1985). Le premier épisode rapporté en Amérique du Nord ne se produisit que bien plus tard, en 1968, et curieusement, il s'agissait également d'une industrie du secteur textile employant une main-d'œuvre majoritairement féminine (Kerckhoff et Back, 1968). À la même époque, quelques incidents semblables sont rapportés en Asie et en Angleterre (Stahl et Lebedun, 1974 ; Chew, 1978).

L'incidence de l'hystérie de masse en milieu de travail est difficilement quantifiable. La plupart des auteurs évoquent la probabilité d'une sous-estimation de sa fréquence réelle (Hocking, 1987b ; Colligan et Smith, 1978 ; Colligan et Murphy, 1979 ; Boxer, 1985). L'apparition explosive de symptômes dans un milieu de travail est souvent étudiée par une équipe d'hygiénistes et de professionnels de la santé à la recherche d'une éventuelle exposition toxique. Ainsi, en l'absence de contaminant incriminable, les résultats des investigations risquent d'être consignés dans un rapport à diffusion limitée, ce qui va dans le sens d'une sous-estimation de la fréquence du phénomène. À l'opposé, les incidents étant souvent traités de façon rétrospective, le profil symptomatologique et les conditions environnementales prévalant au moment de l'incident sont possiblement dilués et mal interprétés. De plus, comme le soulève Boruch (1982), en l'absence de toute tentative de taxonomie, on risque de classer des phénomènes très différents dans une même catégorie.

Une mise à jour de la revue de la littérature présentée par Colligan et Murphy (1982) nous a permis de répertorier 30 épisodes d'hystérie de masse dans différents contextes de travail couvrant 4 secteurs d'activité économique (tableau 1). Le secteur industriel/manufacturier est nettement surreprésenté avec 14 incidents contre 5 ou 6 dans les autres secteurs. Bien que non exhaustive, cette série d'épisodes consignés dans la littérature contemporaine fournit une vue d'ensemble du phénomène.

L'élément commun aux divers épisodes est sans conteste le sexe de la main-d'œuvre affectée. Sur l'ensemble des incidents pour lesquels la population est détaillée, la proportion de femmes atteint près de 90 %, soit 1273 des 1473 cas rapportés (tableau 1). Par ailleurs, cette proportion n'est pas toujours supérieure à celle des femmes employées dans les secteurs touchés.

La description de la symptomatologie varie beaucoup selon les auteurs ; certains ne donnent que des exemples, d'autres fournissent des tableaux de fréquence détaillés. La liste des symptômes et manifestations rapportés dans les 30 incidents est présentée au tableau 2. Les maux de tête, les étourdissements et les nausées sont rapportés dans près ou plus de 50 % des études, accompagnés d'autres manifestations plus marginales. De façon générale, les symptômes sont diffus et difficilement objectivés d'un point de vue clinique.

Tous les auteurs mentionnent qu'une grande anxiété s'installe dans le milieu de travail dès l'origine du phénomène, alimentée par l'imprécision de l'étiologie et du pronostic. Certains cliniciens, constatant la ressemblance entre la symptomatologie et le portrait clinique de l'hyperventilation, suggèrent explicitement l'anxiété comme facteur causal. Par contre, les individus interprètent leur anxiété comme une réaction légitime tenant de la gravité de leur situation et non comme la cause des symptômes et troubles physiques (Boxer, 1985 ; Brodsky, 1988). À cet effet, les résultats de Boxer *et al.* (1984) sont éloquents : en rapport avec un incident d'hystérie de masse dans une usine d'assemblage et de vérification de composantes électromagnétiques, il rapporte qu'aucune des 41 personnes atteintes n'associait ses symptômes à des facteurs psychologiques, alors que 41 % des témoins ($n = 54$) croyaient que des facteurs psychologiques étaient à la base des symptômes de leurs collègues.

On trouve peu d'information sur la gravité et sur les associations de symptômes. Vu la rareté des suivis, il est difficile d'évaluer la persistance des symptômes. La plupart des auteurs interprètent la symptomatologie comme une manifestation ponctuelle ; quelques-uns font état de récidive (Chew, 1978 ; Niosh, 1979a ; Boxer *et al.*, 1984 ; Alexander et Fedoruk, 1986 ; Yassi *et al.*, 1989 ; Hall et Johnson, 1989).

En théorie, ce n'est qu'après avoir éliminé toute possibilité d'intoxication chimique, biologique ou d'agression physique que les chercheurs envisagent l'étiologie psychologique. De fait, dans toutes les études, on

Tableau 1

Répartition des épisodes d'hystérie de masse répertoriés selon le contexte de travail

Secteurs	Nombre d'épisodes (contexte de travail)	Femmes/cas	Source
Agro-alimentaire	2 {usines de transformation	61/ 65	NIOSH, 1978a; Chew, 1978
	3 {plantations	60/ 60	Kurtz, 1989
Textile	5 {fabrication	189/200	McEvedy, 1966; Maguire, 1978; Kerckhoff, 1968; Shepard, 1975; Hall, 1989
	1 {entreprôt	53/ 72	NIOSH, 1979a
Services	3 {télécommunications	100/103	Chew, 1978; Alexander, 1986; Yassi, 1989
	1 {traitement de données	35/ 35	Stahl, 1974
	1 {hôpital	102/102	McEvedy, 1973
Industriel/ manufacturier	5 {assemblage composantes électroniques ou électromagnétiques	263/265	Chew, 1978; NIOSH, 1979b; NIOSH, 1977a; Boxer, 1984
	4 {fabrication pièces mécaniques	95/ 95	Maguire, 1978; Chew, 1978; NIOSH, 1979c
	5 {assemblage et collage (chaussures, meubles...)	314/406	Phillips, 1974; Folland, 1975; NIOSH, 1977b; NIOSH, 1978b, NIOSH, 1981

1. Lorsque les informations sont disponibles.

Tableau 2

Symptômes caractéristiques des épisodes d'hystérie de masse

Nombre de mentions des différents symptômes dans les études répertoriées (n = 30)			
maux de tête	20	irritation / éruptions cutanées	5
étourdissements	16	mauvais goût dans la bouche	4
nausées	13	irritation / écoulement des yeux	4
faiblesses	8	embrouillement de la vision	4
évanouissements	8	perte d'équilibre et de coordination	3
sensation de confusion	7	perte de sensibilité des extrémités	2
somnolence	7	tremblements	2
problèmes respiratoires	7	palpitations	2
bouche sèche	6	vomissements / diarrhée	2
		difficulté de concentration	1

insiste sur l'absence d'agent pathogène. Mis à part Stahl et Lebedun (1974), qui rapportent les hauts niveaux de bruit dans l'environnement du centre de traitement de données, et Yassi *et al.* (1989), concernés directement par l'éventuel impact des champs électrostatiques, les auteurs mettent l'accent sur la contamination chimique. Bien que la manipulation de substances toxiques est évidente dans plusieurs des contextes de travail concernés (teinture, pesticides, solvants organiques, colles...), on trouve peu de détails sur l'environnement chimique. Généralement, on se borne à constater l'absence de substance en concentration nocive ; dans de rares cas, on présente l'inventaire des composés potentiellement dangereux et parfois leurs concentrations (Niosh, 1978a ; Boxer *et al.*, 1984 ; Kurtz et Esser, 1989 ; Yassi *et al.*, 1989). Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on précise la méthodologie d'échantillonnage (Alexander et Fedoruk, 1986 ; Hall et Johnson, 1989 ; Niosh, 1977a,b ; 1978a,b ; 1979a,b,c ; 1981).

Le caractère répétitif et monotone du travail de même que le faible salaire reviennent constamment. On mentionne également la cadence rapide (Stahl et Lebedun, 1974 ; Folland, 1975 ; Sheppard et Krœs, 1975 ; Colligan *et al.*, 1979 ; Niosh, 1978a, 1977b, 1979a,b ; Yassi *et al.*, 1989), l'insatisfaction face aux relations avec les supérieurs (Kerckhoff et Back, 1968 ; Smith *et al.*, 1978 ; Stahl et Lebedun, 1974 ; Niosh, 1978a, 1978b, 1979a,b,c, 1981) et le temps supplémentaire imposé (Chew, 1978 ; Sheppard et Krœs, 1975 ; Niosh, 1981). En l'absence de méthodologie d'enquête standardisée [1], il est difficile de dresser le portrait des conditions organisationnelles du travail. Si certains descripteurs sont rapportés de façon occasionnelle, la contrainte en question n'est pas nécessairement inexistante ; toutes les variables ne sont pas prises en compte par tous les auteurs.

Plusieurs chercheurs ont exploré le profil de personnalité des individus atteints, principalement à l'aide de deux instruments d'évaluation psychologique : les échelles d'hystérie, d'hypocondrie et de dépression dérivées de l'inventaire de personnalité multiphasique de Minnesota (MMPI) et les dimensions extraversion/introversion, névrose/stabilité de l'inventaire d'Eysenck (Eysenck et Eysenck, 1968). Il n'y a pas de schéma cohérent dans la littérature. Par exemple, certains auteurs ont observé des valeurs supérieures pour la dimension extraversion chez les cas par rapport à des témoins (Niosh, 1978a) alors que d'autres obtiennent des résultats inverses (Colligan *et al.*, 1979). La tendance la plus marquée est l'indice plus élevé sur l'échelle d'hystérie du MMPI chez les personnes atteintes (Colligan *et al.*, 1979 ; Niosh, 1977b, 1979a,b,c). Cependant, de l'avis même des chercheurs, le pouvoir discriminant de ces tests dans une population fonctionnelle est limité, puisqu'ils ont été validés auprès de patients avec des traumatismes psychiatriques (Colligan et Stockton, 1978). On peut également questionner l'interprétation des résultats : la personnalité « hystérique », caractérisée a posteriori, est-elle une cause ou une conséquence de l'hystérie de masse ?

La surreprésentation des femmes : hypothèses explicatives

On s'est beaucoup attardé à la prédominance des femmes dans les épisodes d'hystérie de masse. Toutes les hypothèses avancées pour expliquer cette surreprésentation peuvent être rattachées à une argumentation circulaire découlant de deux questionnements :

> Le nombre disproportionné de femmes est-il principalement l'expression collective de leur vulnérabilité génétique, hormonale ou sociale à l'hystérie ?
>
> Le nombre disproportionné de femmes est-il principalement le reflet de leur surreprésentation dans les milieux de travail à risques, donc un artefact provenant de la relation entre les conditions de travail et la santé ?

Ces deux questions constituent le squelette de toute la discussion sur la surreprésentation des femmes dans le bilan de l'hystérie de masse en milieu de travail. L'interprétation féministe, en filigrane, s'attaque au préjugé de la vulnérabilité féminine pour mettre en lumière l'hypothèse de la mauvaise évaluation des risques inhérents aux milieux de travail ciblés par l'hystérie de masse.

La vulnérabilité féminine : la biologie et le poids de la socialisation

Les déterminismes biologiques

Les propositions de déterminismes biologiques pouvant expliquer la prédominance des femmes dans les épisodes d'hystérie de masse, ou plus explicitement leur tendance à l'hystérie, sont loin d'être probantes.

Seuls Singer *et al.*. (1982) s'engagent sur le terrain du facteur biologique incontestablement discriminant, le cycle menstruel. Si les auteurs ne font aucune affirmation et se gardent bien de débattre de l'origine des symptômes prémenstruels et de la dysménorrhée, ils proposent néanmoins d'inclure le statut menstruel des victimes aux protocoles d'étude de l'hystérie de masse. Ils postulent que les changements hormonaux liés au cycle menstruel et ceux liés à une augmentation du stress (activité surrénale/adrénaline) pourraient contribuer au développement de certains symptômes qui, bien qu'en amont de la maladie, augmenteraient la vulnérabilité individuelle des femmes à certaines périodes précises. L'auteur rappelle les conclusions de McClintock (1971) à l'effet que les femmes se côtoyant continuellement présentent une certaine synchronicité menstruelle. Il suppose qu'en situation de travail, la perception des contraintes et des agresseurs pourrait être accrue par les changements hormonaux, touchant une partie de la population de façon synchrone.

Le peu d'évidences scientifiques soutenant l'impact des déterminismes biologiques, nous amène directement aux hypothèses alternatives.

Le poids de la socialisation différentielle des hommes et des femmes

Selon McGrath (1982), les tentatives d'explication de la prédominance des femmes dans les cas d'hystérie de masse à la fois les plus fréquentes et les plus structurées sont basées sur la différence dans les rôles traditionnels. De cette argumentation dérivent deux hypothèses non exclusives présentées par Colligan et Murphy (1979) :

— Les femmes sont plus conscientes de leurs problèmes de santé que les hommes. Elles adoptent plus facilement le statut de malade (sick role) ;

— Les femmes au travail sont en situation de conflit de rôle : travailleuse rémunérée versus mère/épouse assumant les responsabilités familiales.

La première hypothèse, impliquant la distinction entre la nature émotive des femmes et la nature instrumentale des hommes, est évoquée sur deux plans : 1- la différence hommes/femmes dans les mécanismes individuels de gérance du stress (*coping strategies*) et 2- la réticence différente des hommes et des femmes à déclarer leurs symptômes ou à adopter le statut de malade.

Le développement de cette hypothèse repose toujours sur l'opposition entre l'image de la femme à l'écoute de ses réactions face à un événement problématique donné, et celle de l'homme orienté vers les solutions appropriées à un problème donné. Ainsi, si l'événement problématique est l'exposition à des conditions de travail agressantes telles la monotonie, la répétitivité, le manque d'autonomie, on postule que les hommes trouveront un moyen de gérer le stress alors que les femmes développeront des symptômes somatiques (Folkman et Lazarus, 1982). Les auteurs qui utilisent cette supposée dichotomie pour expliquer la prédominance des femmes dans les épisodes d'hystérie de masse semblent oublier qu'un tel sous-ensemble de conditions de travail caractérise surtout les emplois occupés par des femmes.

Le poids de la socialisation est repris avec autant de présomption pour appuyer la thèse de la réticence différente des hommes et des femmes à se déclarer malades. Selon cette théorie, les femmes sont non seulement moins réticentes que les hommes à parler de leur maladie, mais aussi à utiliser celle-ci pour se libérer des tâches difficiles (Phillips et Seagal, 1969 ; Stahl, 1982). Ces interprétations sont inspirées par le contraste entre la fréquence élevée de consultations médicales et la longévité des femmes (Marcus, 1983). Cependant, ce préjugé voulant que les femmes consultent facilement ou indûment perd de sa force si on considère qu'elles passent une plus grande partie de leur vie invalides, l'espérance de vie en bonne santé ne présentant aucune différence selon le sexe (Dillard, 1982). Le recours aux soins de santé peut donc être interprété à l'inverse, c'est-à-dire en relation avec une morbidité réelle possiblement liée aux conditions de vie et de travail des femmes.

Si l'on admet que l'hystérie de masse n'est que l'expression de l'écart entre le stress subi et les mécanismes individuels de gérance du stress, on ne peut négliger l'importance de l'hypothèse du conflit de rôle ou, à tout le moins, du cumul des rôles. Il va sans dire que si le temps supplémentaire constitue une contrariété pour certains travailleurs, il peut s'avérer une catastrophe pour les travailleuses mères de famille.

Certains auteurs donnent beaucoup de poids aux sources familiales de stress sur le bilan de santé mentale (Kahn *et al.*, 1964 ; Myrdal et Klein, 1965 ; Gove et Geerken, 1977). D'autres soutiennent que la possibilité de choisir entre le travail rémunéré et le travail domestique est plus déterminante que le cumul des rôles (Moss et Plewis, 1977 ; Hauenstein, 1977 ; Liff, 1981). Un autre courant postule que le travail à l'extérieur du foyer a un effet protecteur sur la santé mentale et sur la santé en général (Brown et Harris, 1978). Bien que le travail rémunéré impose de nouvelles exigences, le statut de mère-épouse à plein temps comporte sa part d'effets nocifs (Waldron, 1980 ; Rosenfield, 1980).

Toute cette approche de la santé mentale des travailleuses a connu une crête de popularité lors des années 1960-1970 (Haw, 1982). Elle s'est soldée par une littérature scientifique contradictoire voire même par une tendance à surestimer la vulnérabilité psychologique des femmes au détriment de la pénibilité de leurs conditions de travail.

De récents résultats démontrent que l'impact des stresseurs occupationnels sur les indicateurs de santé mentale est beaucoup plus marqué que celui des sources familiales de stress (Karasek *et al.*, 1987).

Par ailleurs, si l'impact de la double journée sur la charge physique des travailleuses a des conséquences mesurables sur la santé et le bien-être de celles-ci, notamment sur l'épuisement, la qualité du sommeil (Tierney *et al.*, 1990) voire même sur le risque de cardiopathies (Haynes et Feinleib, 1980 ; Haynes *et al.*, 1980 ; Karasek *et al.*, 1987), rien n'indique qu'il augmente leur tendance à la somatisation. Si la thèse du cumul des rôles a le mérite de souligner l'existence des difficultés de conciliation et la multiplication des sources de stress auxquelles font face les femmes, par rapport aux hommes, elle n'explique que partiellement les phénomènes d'hystérie de masse. L'occurrence explosive des symptômes somatiques est rapportée dans un nombre restreint de secteurs d'emploi, qui ont en commun bien plus qu'une main-d'œuvre féminine, nommément un sous-ensemble spécifique d'agresseurs occupationnels. Nous y reviendrons.

Et si le poids de la socialisation différentielle des hommes et des femmes influençait le recours au diagnostic d'hystérie de masse, plutôt que la prédominance des femmes parmi les cas ?

Peut-on questionner l'équité du diagnostic et l'exhaustivité de la littérature ? Les épisodes d'hystérie de masse dans des milieux à majorité masculine sont traités de façon anecdotique ; sont-ils si atypiques ? Que sait-on de l'épisode rapporté par D'Eggs en 1860 (cité par Sirois, 1974) dans une

école de garçons ? Mis à part le fait que les populations étaient masculines, qu'est-ce qui distingue les épisodes typiques d'hystérie de masse de la réaction de conversion collective rapportée dans une école d'aviation (Mucha et Reinhard, 1970), des réactions de panique dans l'armée (Bozzolo, 1894 cité par Sirois), des dermatites inexpliquées chez des machinistes (Cunliffe, 1978), de l'augmentation démesurée de la fréquence des consultations médicales par un groupe de travailleurs isolés dans un poste hydro-électrique (Hocking, 1976) ?

Les évanouissements en chaîne lors des campagnes de cueillette de sang, les suicides collectifs, les poussées de violence pourraient vraisemblablement être des épisodes d'hystérie de masse impliquant des hommes, en partie ou en majorité. Rappelons que le diagnostic d'hystérie de masse est un diagnostic d'exclusion inspiré par une symptomatologie à laquelle aucune cause ni aucun désordre organique ne sont associés. Ainsi, le diagnostic n'est pas nécessairement arrêté lorsque plusieurs éléments convergent vers la définition d'une atteinte psychogénique. Est-il possible qu'il soit posé de façon plus automatique lorsqu'il s'agit d'une population féminine ? Répondons par deux exemples.

Dans une énumération des caractéristiques propres à l'hystérie de masse, Levine (1984) propose le calcul du taux d'atteinte selon le sexe pour confirmer le diagnostic. Le second exemple est l'épidémie qui toucha près de 300 membres du personnel du Royal Free Hospital en 1955. À l'époque, le diagnostic d'hystérie de masse fut établi jusqu'à ce que des internes s'ajoutent à la liste des victimes. Étant donné l'improbabilité que des médecins soient sujets à l'hystérie, on qualifia l'épidémie inexpliquée d'encéphalomyélite myalgique bénigne. Aujourd'hui, cet épisode est considéré comme un cas typique d'hystérie de masse (McEvedy et Beard, 1970a,b ; 1973).

Comme le soulève avec justesse Boruch (1982), en ne tenant pas compte des ressemblances entre les sexes ou en évitant de les documenter, on ne facilite pas la compréhension des différences fondamentales qui séparent les victimes des non-victimes, là où réside toute la dynamique du phénomène. En effet, évoquer l'étiologie psychologique peut nuire à la reconnaissance des effets des conditions de travail sur la santé des travailleurs aussi bien que des travailleuses. Cependant, pour ces dernières, le problème se pose de façon plus aiguë, compte tenu du caractère sexiste du diagnostic et de la force du mythe des emplois féminins sécuritaires.

La mauvaise évaluation des risques

De notre point de vue, l'hypothèse de la mauvaise évaluation des risques s'applique aussi bien aux stresseurs environnementaux, organisationnels qu'ergonomiques.

Agresseurs environnementaux

Le plus souvent, on exclut la possibilité d'intoxication lorsque les normes qui régissent l'exposition en milieu de travail sont respectées. On affirme qu'il est peu probable qu'une exposition à des concentrations de produits inférieures à la norme, provoque des effets aussi sévères et répandus que ceux rencontrés dans les épisodes d'hystérie de masse (Boxer, 1985). Or qu'en est-il de ces normes ?

Les normes de plusieurs pays industrialisés ou en voie de développement (Vigliani *et al.*, 1977 et Noweir, 1986 cités par Castelman et Zeim, 1988), incluant celles en vigueur au Québec, sont dérivées de celles formulées par l'ACGIH (American Conference of Governmental Industrial Hygienists). Les valeurs limites d'exposition proposées par l'ACGIH touchent les agents biologiques et physiques et ne concernent qu'une fraction minime des composés chimiques connus, soit 643 dans l'édition 1989-1990 (ACGIH, 1989). L'hygiène industrielle semble prendre un retard considérable sur le génie chimique ; dans l'intervalle 1984-1990, seulement 28 substances se sont ajoutées à la liste des produits règlementés. Selon les estimations du NAS (National Academy of Science, 1984), on ne dispose d'aucune information toxicologique pour près de 80 % des substances chimiques commercialisées à raison de plus de 500 tonnes annuellement, soit 12 860 composés distincts (excluant pesticides, ingrédients cosmétiques et additifs alimentaires).

De plus, selon Castelman et Zeim (1988), on ne peut prétendre que les normes sont établies à la lumière de la meilleure information disponible. Dans les sources citées en référence par l'ACGIH, on trouve peu ou pas de références récentes et de publications médicales internationales. La documentation sur laquelle s'est basé cet organisme inclut beaucoup de données non publiées provenant de l'industrie chimique. Ceci est vrai pour 114 des substances répertoriées dans l'édition 1986 (ACGIH, 1986). Le concept d'une dose d'exposition sécuritaire n'est pas nécessairement basé sur des constatations scientifiques mais bien souvent sur des considérations économiques. La provenance des principales personnes ressources consultées par l'ACGIH en dit long : V.K. Rowe et T. Torkelson, de Dow Chemicals ; J. Morgan, de Dupont ; G. Kimmerle, de Bayer (Castelman, 1989).

La portée des acquis théoriques sur lesquels se basent les normes est également limitée par l'utilisation généralisée du modèle animal et par les caractéristiques des protocoles expérimentaux en général. Les faibles effectifs, le recours à de jeunes sujets mâles en excellente santé, l'exposition de courte durée (aiguë ou subaiguë) à une seule substance, etc., sont autant d'éléments qui éloignent l'expérimentation de la complexité des situations de travail. En extrapolant les conclusions de telles études pour déterminer des concentrations maximales admissibles sur 8 heures, on passe à côté de la réalité du travail, que ce soient les heures supplémentaires qui diminuent le temps de récupération et d'élimination des toxiques, ou encore

la posture de travail et la fréquence des déplacements qui influencent l'exposition réelle, etc.

On ne connaît pratiquement rien de la synergie possible entre de faibles concentrations de 2, 3 ou même 20 substances inhalées simultanément. C'est souvent ce type d'exposition complexe et continue que l'on rencontre dans les emplois où la main-d'œuvre est majoritairement féminine ; pensons aux chaînes de montage de l'industrie de la micro-électronique par opposition au lavage des cuves en imprimerie, où l'on manipule des quantités importantes de produits mais pendant de courtes durées.

Si on peut douter de l'exhaustivité et des fondements du cadre normatif, on peut aussi questionner l'adéquation entre ces normes et les situations de travail où l'on assiste à l'hystérie de masse. Dans 21 des 30 épisodes répertoriés, la présence d'une substance nocive est l'événement identifié comme responsable du déclenchement des symptômes. De ce nombre, 16 sont directement reliés à la perception d'une odeur inhabituelle. De surcroît, l'exposition à des neurotoxines est plus que probable dans plusieurs des procédés de travail des milieux concernés, notamment dans les plantations, les industries de micro-électronique et les usines d'assemblage, qui comptent pour 13 des 30 épisodes répertoriés (tableau 1).

On dispose de plus en plus d'éléments qui démontrent que l'exposition à des neurotoxines, même à de faibles doses, engendre une symptomatologie typique, similaire à celle décrite dans l'hystérie de masse (Cone *et al.*, 1987), voire même des désordres de personnalité avec un profil MMPI spécifique (Bowler *et al.*, 1989 ; 1990 ; Morrow, 1989).

Compte tenu non seulement de la rareté des fiches toxicologiques existantes, mais aussi des fondements et de la flexibilité du cadre normatif, il nous apparaît aberrant d'acquitter une exposition sur la seule base des valeurs prescrites dans les normes.

Déjà en 1981, Faust et Brilliant mettaient en garde contre la tendance à utiliser le diagnostic d'hystérie de masse pour pallier une évaluation incomplète des risques environnementaux. Dans leur étude, les auteurs ont détecté des niveaux sub-toxiques d'ozone. Plutôt que d'évoquer l'absence de contaminant en concentration excédant les normes, ils ont émis l'hypothèse d'une interaction entre les faibles niveaux d'ozone et d'autres substances possiblement non détectées. Ils ont observé une relation inverse entre le poids des personnes atteintes et la gravité des symptômes, ce qui soutient la thèse d'une intoxication environnementale, les individus de faible poids étant proportionnellement plus exposés.

Pour générer des hypothèses alternatives à l'étiologie psychologique, l'étude de l'occurrence collective de symptômes apparemment somatiques devrait inclure des indicateurs d'exposition, même aussi rudimentaires que la relation poids/symptômes (Faust et Brilliant, 1981) ou encore le schéma de circulation d'air dans une usine (Guidotti *et al.*, 1987 ; Samet *et al.*, 1988).

Agresseurs organisationnels et ergonomiques

À l'opposé, il ne faut pas balayer l'hypothèse d'une surcharge mentale ou psychologique simplement parce qu'il y a présence d'un agent physique incriminable. Il est très plausible que les agresseurs physiques et psychologiques interagissent de façon synergique, les uns potentialisant les effets des autres (Singer, 1982 ; Dager *et al.*, 1987 ; Hall et Johnson, 1989). Dans une perspective de prévention, l'analyse des situations de travail doit être multidirectionnelle. À cet effet, Yassi *et al.* (1989) dénoncent ceux qui négligent les risques organisationnels au profit d'enquêtes longues et coûteuses, afin d'incriminer un facteur causal chimique ou physique, passant outre les interventions appropriées.

On a tendance à sous-estimer la gravité des effets des contraintes organisationnelles et ergonomiques (mouvements répétitifs, monotonie, cadence élevée, précarité de l'emploi) qui prévalent dans plusieurs secteurs occupés par une main-d'œuvre féminine ou qui caractérisent les tâches effectuées par les femmes dans les emplois théoriquement désexisés (Mergler, 1984 ; Lowe, 1989).

Si les femmes rapportent davantage que les hommes des symptômes du type de ceux assimilés à l'hystérie de masse, elles sont aussi en plus grand nombre soumises à des contraintes occupationnelles favorisant l'apparition de ces symptômes (Messing et Reveret, 1983). Ceci est bien illustré par les résultats d'une récente étude portant sur les conditions de travail et de santé des travailleurs et travailleuses des abattoirs de volaille. Partant du constat d'une fréquence plus élevée de problèmes de santé rapportés par les femmes, les auteures ont démontré que les sous-groupes d'hommes et de femmes partageant les mêmes conditions de travail rapportaient les mêmes symptômes en fréquence équivalente (Mergler *et al.*, 1987). L'association entre des symptômes tels l'insomnie, la fatigue excessive, les troubles digestifs, les maux de tête, etc. et les contraintes organisationnelles et ergonomiques est de plus en plus documentée (Billette et Piché, 1987 ; Karasek, 1981 ; Karasek *et al.*, 1982, 1987 ; Kauppinen-Toropainen *et al.*, 1983 ; Lacroix et Haynes, 1987 ; Lowe, 1989 ; Punnett, 1985 ; Teiger et Plaisantin, 1984 ; Vézina *et al.*, 1987).

Les conditions de travail et de vie difficiles peuvent se combiner à des agresseurs environnementaux pour en augmenter les effets sur le système nerveux. De la même façon, le système immunitaire peut être affaibli par l'occurrence d'événements stressants (Teshima *et al.*, 1987). Une exposition à un produit toxique peut éveiller le corps à la présence de symptômes subliminaux de surcharge, qui se manifestent alors consciemment et appellent à l'action. À l'inverse, lorsque le corps est mobilisé par une série de symptômes de stress, il peut être sensibilisé à de faibles concentrations de polluants.

Conclusion

Dans la mesure où l'hystérie de masse est évoquée en l'absence de facteurs causals clairement identifiés, plutôt qu'en présence d'un ensemble de conditions psychosociales précipitantes, le diagnostic est basé sur l'exclusion et demeure ténu. Évoquer l'hystérie de masse, c'est nécessairement passer outre la réticence face à ce concept, chargé de préjugés et rappelant les fondements historico-médicaux discriminatoires. Au-delà de cet abus de langage auquel il faut certes remédier, il est important de développer un cadre contextuel permettant de mieux comprendre pourquoi certaines atteintes à la santé semblent cibler les travailleuses et ainsi éviter les références abusives ou palliatives au concept d'hystérie de masse.

Sans être impliquées dans ce type de manifestations collectives, combien de femmes ont consulté des professionnels de la santé sur une base individuelle et ont subi les conséquences de la méconnaissance de leurs conditions de travail ?

La recherche, et le débat s'il y a lieu, sur les atteintes psychogéniques devraient être resitués dans la réalité d'une sous-estimation de la pénibilité des conditions de travail des femmes et se concentrer sur les interventions pouvant en limiter l'occurrence.

Si on considère le respect des normes comme synonyme de sécurité et l'absence de pathologie organique comme synonyme de santé physique, l'hypothèse mettant en cause l'environnement de travail fait place à celles impliquant la susceptibilité génétique, hormonale ou psychologique attribuée aux femmes. L'absence historique de recherche sur la santé des travailleuses et la force du mythe des emplois féminins sécuritaires entravent indéniablement la reconnaissance des effets des conditions de travail spécifiques aux femmes sur leur bilan de santé. Les postures contraignantes, la monotonie, la répétitivité, les cadences rapides, la précarité de l'emploi, la subordination, ou encore la probabilité d'exposition à des concentrations sous-liminales de substances toxiques, sont traditionnellement présentées comme une série de facteurs anxiogènes plaçant les travailleuses en situation d'insatisfaction plutôt qu'en situation de risque. Cette nuance entre insatisfaction et risque peut conduire à des scénarios très différents.

Dans la littérature sur les atteintes psychogéniques, le manque de stimulation et l'insatisfaction sont associés à une augmentation conjointe du besoin d'exutoire et du focus sur les sensations internes. On suppose que cette menace à l'équilibre psychologique déclenche le processus de somatisation et se traduit par une symptomatologie diffuse.

En retenant le concept de risque, tout en ne niant pas le caractère anxiogène des conditions de travail dans les milieux où des phénomènes qualifiés d'hystérie de masse sont rapportés, un tout autre scénario peut être envisagé. La surcharge physique et mentale peut engendrer une augmentation de l'activité du système nerveux autonome. On parlera alors de déséquilibre physiologique, concrétisé par une série de symptômes, indica-

teurs précoces d'une atteinte à la santé. La symptomatologie peut sensibiliser les individus à des niveaux sous-liminaux d'agresseurs environnementaux ou vice-versa. Il pourrait s'agir d'une version collective de phénomènes jusqu'ici étudiés sur une base individuelle, tels que l'épuisement professionnel, le syndrome de fatigue chronique ou encore l'augmentation des allergies multiples.

Selon que l'on privilégie la thèse de la susceptibilité des femmes ou celle de la spécificité et de la pénibilité de leurs conditions de travail, on dira « va te faire soigner » ou « ton usine est malade »...

Note

1. À l'exception du protocole utilisé par le sous-comité d'experts de la division « Behavior and Motivation Factors » du National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) (Colligan et Smith, 1978).

Références

ALEXANDER, R.W., FEDORUK, M.J., 1986, Epidemic psychogenic illness in a telephone operator's building, *J. of Occup. Med.*, *28*, n° 1, 42-45.

American Conference of Government Industrial Hygienists, 1986, *Documentation of the Threshold Limit Values and Biological Exposure Limits*, American Conference of Government Industrial Hygienists, Cincinnatti, Ohio, USA, 5e ed.

American Conference of Government Industrial Hygienists, 1989, *Threshold Limit Values and Biological Exposure Indices for 1989-1990*, American Conference of Government Industrial Hygienists, Cincinatti, Ohio, USA.

AWERBACH, M., 1984, RSI or « kangaroo paw » (lettre), *Med. J. Australia, 142*, 237-238.

BILLETTE, A., PICHÉ, J., 1987, Health problems of data entry clerks and related job stressors, *J. of Occup. Med.*, *29*, n° 12, 942-948.

BORUCH, R.F., 1982, Evidence and inference in research on mass psychogenic illness, in Colligan, M.J., Pennebaker, J.W., Murphy, L.R., eds, *Mass Psychogenic Illness A Social psychological Analysis*, Lawrence Erlbaum Assoc., Hillsdale, N.J., 101-126.

BOWLER, R.M., RAUCH, S.S., BECKER, C.H., HAWES, A., CONE J.E., 1989, Three patterns of MMPI profiles following neurotoxin exposure, *Am. J. Forensic Psychol, 7*, 15-31.

BOWLER, R.M., MERGLER, D., RAUCH, S.S., HARRISON, R., CONE, J.E., 1990, Affective and personnality disturbance among women former micrœlectronics workers, *J. Clin. Psycho.* (sous presse).

BOXER, P.A., SINGAL, M., HARTLE, R.W., 1984, An epidemic of psychogenic illness in an electronic plant, *J. of Occup. Med.*, *26*, n° 5, 381-385.

BOXER, P.A., 1985, Occupational mass psychogenic illness : history, prevention and management, *J. of Occup. Med.*, 27, nº 12, 867-872.

BOZZOLO, 1894, Tosse isterica epidemica, *Riforma Medica, 4*, 735-737.

BRODSKY, C.M., 1983, Psychological factors contributing to somatoform diseases attributed to the workplace : The case of intoxication, *J. of Occup. Med., 25*, nº 6, 459-464.

BRODSKY, C.M., 1988, The psychiatric epidemic in the American workplace, *Occupational Medicine : A State of the Art Reviews, 3*, nº 4, 653-662.

BROWN, G.W., HARRIS, T., 1978, *Social Origins of Depression — A Study of Psychiatric Disorder in Women*, Tavistock, London.

CASTELMAN, B.I., ZEIM, G.E., 1988, Corporate influence on threshold limit values, *Am. J. of Industrial Med., 13*, 531-559.

CASTELMAN, B.I., 1989, *Les normes d'exposition et leur signification*, Colloque Les valeurs limites d'exposition : les perspectives historiques et la pratique actuelle, Conférence de la santé au travail, Boston, mai 1989.

CHEW, P.K., 1978, How to handle hysterical factory workers, *Occ. Health and Safety, 47*, nº 6, 50-53.

COLLIGAN, M.J., STOCKTON, W., 1978, The mystery of assembly-line hysteria, *Psychology Today*, June, 93-116.

COLLIGAN, M.J., SMITH, M.J., 1978, A methodological approach for evaluating outbreaks of mass psychogenic illness in industry, *J. of Occup. Med., 20*, nº 6, 401-402.

COLLIGAN, M.J., MURPHY, L.R., 1979, Mass psychogenic illness in organizations : An overview, *J. of Occupational Psychology, 52*, 77-90.

COLLIGAN, M.J., URTES, M.A., WISSEMAN, C., *et al*, 1979, An investigation of apparent mass psychogenic illness in an electronics plant, *J. Behav. Med., 2*, 297-309.

COLLIGAN, M.J., 1981, Mass psychogenic illness : some clarification and perspectives, *J. Occup. Med., 23*, nº 9, 635-638.

COLLIGAN, M.J., MURPHY, l.r., 1982, A review of mass psychogenic illness in work settings in Colligan M.J., Pennebaker, J.W., Murphy, L.R., eds, *Mass Psychogenic Illness : A Social Psychological Analysis*, Lawrence Erlbaum Assoc., Hillsdale, N.J., 33-57

CONE, J.E., HARRISON, R., REITER, R., 1987, Patients with multiple chemical sensitivities : Clinical diagnostic subsets among an occupational health clinic population, *Occupational Med. : State of the Art Reviews, 2*, nº 4, 721-738.

CUNLIFFE, M.J., 1978, Psychic possession among industrial workers, *Lancet, 2*, 44.

DAGER, S.R., HOLLAND, J.P., COWLEY, D.S., DUNNER, D.L., 1987, Panic disorder precipitated by exposure to organic solvents in the workplace, *Am. J. Psychiatry, 144*, nº 8, 1056-1058.

D'EGGS, 1860, Relation d'une névrose convulsive épidémique, *Gaz. Méd. de Strasb., 20*, 55-57.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DMS-III-R), 1987, Washington, DC., American Psychiatric Assoc., 3e ed., 567

DILLARD, S., 1982, *Durée ou qualité de vie*, Conseil des Affaires Sociales et de la Famille, Québec.

ELESH, E., MOSELEY, C., PRYOR, P., *et al.*, 1979, *Mass Psychogenic Illness in Industry - Niosh's Role*, The American Industrial Hygiene Conference Symposium, Chicago, May 20-June 1.

EYSENCK, H.J., EYSENCK, S.B.G., 1968, *Eysenck Personality Inventory*, Educational and Industrial Testing Service, San Diego, Cal.

FAUST, H.S., BRILLIANT, L.B., 1981, Is the diagnosis of « mass hysteria » an excuse for incomplete investigation of low-level environmental contamination ? *J. of Occup. Med., 23*, nº 1, 22-26.

FOLKMAN, S., LAZARUS, R.S., 1982, Stress and coping theory applied to investigation of mass industrial psychogenic illness in Colligan M.J., Pennebaker, J.W., Murphy, L.R., eds, *Mass Psychogenic Illness : A Social Psychological Analysis*, Lawrence Erlbaum Assoc., Hillsdale, N.J., 237-255.

FOLLAND, D.S., 1975, *Suspect Toluene Exposure at a Boot Factory*, Internat. Report, Tennessee Dept. of Health.

GOVE, W.R., GEERKEN, M.R., 1977, The effect of children and employment on the mental health of married men and women, *Social Forces, 56*, nº 1, 29-46.

GUIDOTTI, T.L., ALEXANDER, R.W., FERODUK, M.J., 1987, Epidemiologic features that may distinguish between building-associated illness outbreak due to chemical exposure or psychogenic origin, *J. of Occup. Med., 29*, nº 2, 148-150.

GUYON, L., 1981, Les Québécoises : De la sagesse à la folie in Guyon, L., Simard, R., Nadeau, L., eds, *Va te faire soigner t'es malade !*, Stanké, Montréal, 13-53.

HALL, E.M., JOHNSON, J.V., 1989, A case study of stress and mass psychogenic illness in industrial workers, *J. of Occup. Med., 31*, nº 3, 243-250.

HAUENSTEIN, L.S., KASL, S.V., HARBURG, E., 1977, Work status, work satisfaction and blood pressure among married black and white women, *Psychology of Women Quarterly, 1*, nº 4, 334-339.

HAW, M.A., 1982, Women, work and stress : A review and agenda for the future, *J. of Health and Soc. Behav., 23*, June, 132-144.

HAYNES, S.G., FEINLEIB, M., 1980, Women, work and coronary heart disease : Prospective findings from the Framingham heart study, *Am. J. of Epidemiology, 70*, nº 2, 133-141.

HAYNES, S.G., FEINLEIB, M., KANNEL, W.B., 1980, The relationship of psychological factors to coronary heart disease in the Framingham study, Part III, *Am. J. of Epidemiology, 111*, nº 1, 37-58.

HOCKING, B., 1976, Work and health in the Kainantu sub-province, *Papua New Guinea Med. J., 19*, 79-83.

HOCKING, B., 1987a, Epidemiological aspects of « repetition strain injury » in Telecom Australia, *Med. J. of Australia, 147*, 218-222.

HOCKING, B., 1987b, Anthropologic aspects of occupational illness epidemics, *J. of Occup. Med., 29*, nº 6, 526-530.

HUNTER, D., MACALPINE, I., 1963, *Three Hundred Years of Psychiatry 1535-1860*, London, Oxford Univ. Press, 506-507.

KAHN, R.L., WOLFE, D.M., QUIN, R.P., SNŒK, J.D., 1964, *Organizational Stress : Studies in Role Conflict and Ambiguity*, New York, Wiley.

KARASEK, R.A., 1981, Job socialization and job strain : The implications of two related mechanism for job design in Gardell, B. et Johannson, S., eds., *Working Life*, Wiley, London.

KARASEK, R.A., SCHWARTZ, J., THEORELL, T., 1982, *Job Caracteristics, Occupation and Coronary Heart Disease*, Final Report-Stage I, National Institute for Occupational Safety and Health, Grant nº R01 0H 00906.

KARASEK, R.A., GARDELL, B., LINDEL, J., 1987, Work and non-work correlates of illness and behaviour in male and female Swedish white collar workers, *J. of Occup. Behav., 8*, 187-207.

KAUPPINEN-TOROPAINEN, K., KANDOLIN, I., MUTANEN, P., 1983, Job satisfaction and work-related exhaustion in male and female work, *J. of Occup. Behav., 4*, 193-207.

KERCKHOFF, A.C., BACK, K.W., 1968, *The June Bug : A Study of Hysterical Contagion*, Appleton-Century-Crofts, New York.

KERCKHOFF, A.C., 1982, A social psychological view of mass psychogenic illness in Colligan M.J., Pennebaker, J.W., Murphy, L.R., eds, *Mass Psychogenic Illness : A Social Psychological Analysis*, Lawrence Erlbaum Assoc., Hillsdale, N.J., 199-216.

KUCHINSKI, B.B., COLLIGAN, M.J., 1979, Psychogenic illness in industry and the role of the occupational health nurse, *Occupational Health Nursing, 27*, nº 7, 7-17.

KURTZ, P.H., ESSER, T.E., 1989, A variant of Mass (epidemic) Psychogenic Illness in agricultural work setting, *Journal of Occup. Medicine, 31*, nº 4, 331-334.

LACROIX, A.Z., HAYNES, S.G., 1987, Gender differences in the health effects of workplace roles in Barnett, R.C., Biener, L., Baruch, G.K., eds, *Gender ans Stress*, The Free Press, New York, 96-121.

LEVINE, R.J., 1984, Mass hysteria : Diagnosis and treatment in the emergency room, *Arch. Internat. Med., 144*, 1945-1946.

LIFF, S., 1981, Mental health of women factory workers, *J. Occup. Behavior, 2*, 139-146.

LOWE, G.S., 1989, *Le travail des femmes et le stress : nouvelles pistes de recherche*, Conseil Consultatif canadien sur la situation de la femme.

LUCIRE, Y., 1986, Neurosis in workplace, *The Medical Journal of Australia, 145*, 323-327.

MARCUS, A.C., SEEMAN, S.E., TELESKY, C.W., 1983, Sex differences in reports of illness and disability : A further test of fixed role hypothesis, *Soc. Sci. Med., 17*, nº 15, 993-1002.

MARTIN, A., 1923, History of dancing mania, *Am. J. of Clinical Med., 30*, 265-271.

McCLINTOCK, M.K., 1971, Menstural synchrony and suppression, *Nature, 229*, 244-245.

McEVEDY, C.P., 1966, Two school epidemics, *Brit. Med. J., 2*, 1300-1302.

McEVEDY, C.P., BEARD, A.W., 1970a, Royal Free Epidemic of 1955 ; a reconsideration, *British Med. J., 1*, 7-10.

McEVEDY, C.P., BEARD, A.W., 1970b, Concept of being myalgic encephalomitis, *British Med. J., 1*, 11-15.

McEVEDY, C.P., BEARD, A.W., 1973, A controled follow-up of cases involved in an epidemic of benign myalgic encephalomyelitis, *British J. of Psychiatry, 122*, 141-150.

McGRATH, J.E., 1982, Complexities, cautions and concepts in research on mass psychogenic illness in Colligan M.J., Pennebaker, J.W., Murphy, L.R., eds, *Mass Psychogenic Illness : A Social Psychological Analysis*, Lawrence Erlbaum Assoc., Hillsdale, N.J., 57-86.

MERGLER, D., 1984, Rapport-synthèse, Les contraintes du travail dans les travaux répétitifs de masse et leur conséquences sur les travailleuses in Bouchard, J.-A. ed., *Colloque sur les effets des conditions de travail sur la santé des travailleuses*, Confédération des Syndicats Nationaux, Montréal.

MERGLER, D., BRABANT, C., VÉZINA, N., MESSING, K., 1987, The weather sex? Men in women's working conditions report similar health symptoms, *J. of Occup. Med., 29*, n° 5, 417-421.

MESSING, K., REVERET, J.-P., 1983, Are women in female jobs for their health? A study of working conditions and health effects in fish processing industry in Québec, *Internat. J. of Health Services, 13*, n° 4, 635-648.

MORROW, L.A., 1989, Distinct pattern of personality disturbance following exposure to mixtures of organic solvants, *J. of Occup. Med., 9*, 31, 743-746.

MOSS, P., PLEWIS, I., 1977, Mental distress in mothers of pre-school children in inner London, *Psychological Med., 7*, 641-652.

MUCHA, T.F., REINHARD, R.F., 1970, Conversion reactions in student aviators, *Am. J. Psychiatry, 127*, n° 4, 135-139.

MYRDAL, A., KLEIN, V., 1965, *Women's Two Roles*, Routledge and Kegan Paul, London.

National Research Council, 1984, *Toxicity Testing Strategies to Determine Needs and Priority*, National Academy Science of USA, National Academic Press, Washington.

NICHOLI, A.M., 1978, *The Harvard Guide to Modern Psychiatry*, Cambridge, MA., Harvard University Press, 175-176.

NIOSH, 1977a, *Hazard Evaluation and Technical Assistance*, report no. TA 76-102, Robertshaw Controls Co. Grove City, Ohio, Niosh, U.S. dep. of Health, Education, and Welfare Center for disease Control, préparé par Wisseman, C., Rossenteel, P.E., Anania, T.L.

NIOSH, 1977b, *Health Hazard Evaluation Determination*, report no. 77-27-437, Keller aluminum furniture of Indiana, Linton, Indiana, Niosh, U.S. dep. of Health, Education and Welfare Center for Disease Control.

NIOSH, 1978a, *Hazard Evaluation and Technical Assistance*, report no. TA 77-35, Bluewater seafood products, Cleveland, Ohio, Niosh, U.S. dep. of Health, Education and Welfare Center for Disease Control, préparé par Hollett, B.A. *et al.*.

NIOSH, 1978b, *Hazard Evaluation and Technical Assistance*, report no. TA 78-8, Perry-Norvell Co., Huntington, West Virginia, Niosh, U.S. dep. of Health, Education and Welfare Center for Disease Control, préparé par Singal, M.H.

NIOSH, 1979a, *Health Hazard Evaluation Determination*, report no. HE 78-138-580, Tecumseh prod. Co., 900 North St. Grafton, Wisconsin, Niosh, U.S. dep. of Health, Education and Welfare Center for Disease Control.

NIOSH, 1979b, *Hazard Evaluation and Technical Assistance*, report no. TA 78-10, BRK electronics, Aurora, Illinois, Niosh, U.S. dep. of Health, Education and Welfare Center for Disease Control, préparé par Kramkowski, R.S. *et al.*

NIOSH, 1979c, *Health Hazard Evaluation Determination*, report no. HE 78-116-557, Commonwealth trading Co., Stoughton, Mass., Niosh, U.S. dep. of Health, Education and Welfare Center for Disease Control.

NIOSH, 1981, Health Hazard Evaluation, report no. TA 78-058-864, Texas boot Co., Hartville, Tennessee, Niosh, U.S. dep. of Health and Human Services, préparé par White, I.H. *et al.*

NORTHCOTT, H.C., LOWE, G.S., 1984, L'influence des conditions de travail sur les malaises psychologiques observés chez les employés des postes, *Santé mentale au Canada, 32*, nº 3, 26-42.

NOWIER, M.H., 1986, Occupational health in developping countries with special reference to Egypt, *Am. J. Ind. Med., 43*, 19584-19631.

PHILLIPS, D.L., SEAGAL, B.E., 1969, Sexual status and psychiatric symptoms, *Am. Sociological Rev., 29*, 679-687.

PHOON, W.H., 1982, Outbreak of mass hysteria at workplaces in Singapour : Some patterns and modes of presentation in Colligan M.J., Pennebaker, J.W., Murphy, L.R., eds, *Mass Psychogenic Illness : A Social Psychological Analysis*, Lawrence Erlbaum Assoc., Hillsdale, N.J., 21-32.

PUNNETT, L., 1985, Soft tissue disorders in the upper limbs of female garment workers, *Scandinavian J. of Work, Environment and Health, 11*, 417-425.

ROSENFIELD, S., 1980, Sex differences in depression : Do women always have higher rates ? *J. Health Soc. Behav., 21*, Marsh, 33-42.

SAMET, J.M., MARBURY, M., SPENGLER, J.D., 1988, Health effects and sources of indoor air pollution, Part II, *Am. Rev. of Respiratory diseases, 137*, 221-242.

SCHMITT, M.J., COLLIGAN, M.J., FITZGERALD, M., 1980, Unexplained physical symptoms in eight organizations : Individual and organizational analysis, *J. of Occ. Psychology, 53*, nº 4, 305-317.

SHEPPARD, R.D., KRŒS, W.H., 1975, *Report of an Investigation at the James Plant*, Internat. Report prepared for the National Institute for Occupational Safety and Health. Cincinnati, Ohio (Niosh).

SINGER, J.E., BAUM, C.S., BAUM, A., THEW, B.D., 1982, Mass psychogenic illness : the case for social comparison in Colligan M.J., Pennebaker, J.W., Murphy, L.R., eds, *Mass Psychogenic Illness : A Social Psychological Analysis*, Lawrence Erlbaum Assoc., Hillsdale, N.J., 155-170.

SINGER, J.E., 1982, Yes Virginia, there really is a mass psychogenic illness in Colligan M.J., Pennebaker, J.W., Murphy, L.R., eds, *Mass Psychogenic Illness : A Social Psychological Analysis*, Lawrence Erlbaum Assoc., Hillsdale, N.J., 127-138.

SIROIS, F., 1974, Epidemic hysteria, *Acta Psychiatrica Scand. supp., 252*, 7-44.

SIROIS, F., 1982, Perspective on epidemic hysteria in Colligan M.J., Pennebaker, J.W., Murphy, L.R., eds, *Mass Psychogenic Illness : A Social Psychological Analysis*, Lawrence Erlbaum Assoc., Hillsdale, N.J., 217-236.

SMITH, M.J., COLLIGAN, M.J., HURRELL JR, J.J., 1978, Three incidents of industrial mass psychogenic illness : a preliminary report, *J. of Occup. Med., 20*, n° 6, 399-400.

STAHL, S.M., LEBEDUN, M., 1974, Mystery gas : An analysis of mass hysteria, *J. of Health and Soc. Behav., 15*, 44-50.

STAHL, S.M., 1982, Illness as an emergency norm or doing what comes naturally in Colligan M.J., Pennebaker, J.W., Murphy, L.R., eds, *Mass Psychogenic Illness : A Social Psychological Analysis*, Lawrence Erlbaum Assoc., Hillsdale, N.J., 183-198.

TEOH, J.K., 1972, *Epidemic Hysteria in Malaysia*, Proc. of the Malaysian Singapour Congress of Med., vol 7.

TESHIMA, H., SOGAWA, H., KIHARA, H., NAGATA, S. *et al.*, 1987, Changes in populations of t cells subsets due to stress, *Ann. N. Y. Acad. Sci., 496*, 459-466.

TEIGER, C., PLAISANTIN, M.-C., 1984, La lutte des travailleuses de la fédération Hacui-tex-cdft. Les contraintes du travail dans les travaux répétitifs de masse et leurs conséquences sur les travailleuses in Bouchard, J.-A., ed, *Colloque sur les Effets des Conditions de Travail sur la Santé des Travailleuses*, Confédération des Syndicats Nationaux, Montréal, 33-68.

TIERNEY, D., ROMITO, P., MESSING, K., 1990, And she ate not the bread of idleness : Exhaustion is related to domestic and salaried working conditions among Québec hospital workers, *Women and Health, 16*, 21-41.

VEITH, I., 1965, *Hysteria : The History of a Disease*, University of Chicago Press, Chicago.

VEZINA, N., VINET, A., BRISSON, C., 1987, Vieillissement prématuré associé au travail répétitif sous contrainte de temps dans l'industrie du vêtement, *Proc. of Human Factors Assoc. of Canada, 20*, 263-265.

VIGLIANI, E, *et al.*, 1977, *Methods Used in Western European Countries for Establishment Maximum Permissible Levels of Harmfull Agents in the Working Environment*, Fondazione Carlo Erba, Milan.

WALDRON, I., 1980, Employment and women's health : An analysis of causal relationship, *Internat. J. Health Services, 10*, n° 3, 435-455.

WHORTON, M.D., LARSON, S.R., GORDON, N.J., MORGAN, R.W., 1987, Investigation and work-up of tight building syndrome, *J. of Occup. Med.*, *29*, nº 2, 142-147.

YASSI, A., WEEKS, J.L., SAMSON, K., RABER, M.B., 1989, Epidemic of « shocks » in telephone operators : lessons for the medical community, *Canadian Med.Association J .*, *140*, nº 1, 816-820.

Summary

Mass hysteria is defined as the epidemic occurence of a series of physical symptoms in the absence of organic disorder and identifiable pathogen agents. In spite of substantial individual and contextual variations, there are striking similarities that unite the different episodes reported in the literature : existence of a triggering event, progression and rapid regression of unrelated symptoms, and cases involving predominantly women. The authors summarize research in that field and discuss the overrepresentation of women through hypotheses linked with : 1) biology and the weight of differential socialization of women and men ; 2) the poor evaluation of environmental, organizational and ergonomical risks in areas where mass hysteria is witnessed. Feminist interpretation tacitly confronts the preconcept notion of feminine vulnerability in order to shed light on the fact that women's adverse working conditions are indeed underestimated.

Acquisition de numéros antérieurs

En vue de répondre à la demande des bibliothèques qui souhaitent compléter leur collection de Santé mentale au Québec, la revue lance un appel à ses lecteurs et lectrices afin d'acquérir les numéros antérieurs suivants : volume I au volume IX inc, et le volume X numéro 2. Toute personne désireuse de se départir de ses exemplaires est priée de communiquer avec madame France Bush au numéro téléphonique suivant : (514) 844-5536.