

DÉMOGRAPHIE ET CULTURES

*Colloque international de Québec
(Canada, 25-29 août 2008)*



**ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE
A I D E L F – 133, boulevard Davout – 75980 Paris Cedex 20 (France) – <http://www.aidelf.org>**

Le sexe du mal-être

Suicide, risque suicidaire, dépression et dépendance alcoolique

Anne-Sophie COUSTEAUX

Laboratoire de sociologie quantitative (CREST-INSEE)
et Observatoire Sociologique du Changement (Sciences-Po-CNRS).

Jean-Louis PAN KÉ SHON

INED

L'épineux problème du différentiel des taux de suicide entre hommes et femmes n'avait jusqu'à présent pas reçu de réponse satisfaisante. Baudelot et Establet se sont risqués à la formulation de l'hypothèse d'une protection féminine liée à leur plus grande intégration familiale : « ...en France, la femme est statutairement plus engagée que l'homme dans les relations familiales. Statutairement plus intégrée » (Baudelot, Establet, 1984, p.101). Contrairement aux hommes, l'intégration familiale des femmes dépend moins de leur mariage mais est entretenue tout au long de leur vie, ce qui pourrait d'ailleurs expliquer leur moindre bénéfice au mariage : « ...la femme assure au contraire la continuité générationnelle : elle n'est jamais déchargée d'obligations familiales. L'autonomie masculine à cet égard comporte en contrepartie plus de risques de solitude. » (Baudelot, Establet, 1984, p.104). Sans fournir une explication plausible, d'autres ont avancé l'hypothèse du gain marginal à la domination des femmes. Ainsi Goldberg (1976) a pu affirmer « L'idée que la gent masculine est privilégiée [...] ne résiste pas un instant à l'examen des statistiques portant sur les risques encourus par les individus : si l'on considère des facteurs aussi divers que l'espérance de vie, la propension à la maladie, le taux de suicide et de délits, le nombre d'accidents, l'alcoolisme et la toxicomanie, etc., les femmes se trouvent en moyenne plus favorisées que les hommes » (cité par Giddens, 2004, pp. 185-186). Selon ces auteurs, les « risques d'être un homme » se paieraient au prix fort, notamment par le suicide, l'alcoolisme, la toxicomanie et les comportements à risque.

Nous proposons ici une hypothèse alternative reposant sur l'expression genrée du mal-être des individus. En raison de la socialisation différentielle, des places assignées et des rôles attribués aux deux sexes, l'écart des taux de suicide provient davantage du fait que chaque genre a sa propre façon de répondre aux différentes tensions de la vie. De fait, les expressions aussi diverses que l'abus de drogue, les comportements violents, les tentatives de suicide, le suicide effectif, la boulimie, l'anorexie, etc. sont autant d'indicateurs des tensions entre un individu genré et la société.

What is this thing called... mal-être ?

Bentham considérait explicitement le suicide comme l'expression du mal-être, ce dernier défini comme la « *balance en faveur des peines*¹ », lorsqu'il écrit : « *L'existence est à elle seule une preuve concluante de bien-être, car il ne faut qu'une bien faible quantité de peine pour terminer l'existence* » (1834, p. 97). Le lien établi par Bentham entre mal-être et suicide, bien que trivial, se révélera fécond comme nous le verrons par la suite. À la suite de Bentham, le bien-être a surtout été défini par les économistes comme une fonction d'utilité répondant à la satisfaction des désirs et des préférences de l'acteur. Courant prolifique, l'économie du bien-

¹ Le bien-être étant à l'inverse la « balance en faveur des plaisirs. »

être comme celle du bonheur et de la psychologie hédonique² a dépassé ce premier schéma simplificateur en établissant la relativité du bien-être. Ce courant a ainsi pu montrer que le bonheur déclaré s'observe identiquement entre nations quelles que soient leurs conditions économiques. Il signale aussi une satisfaction féminine à l'égard de leur situation professionnelle supérieure à celle des hommes pourtant mieux lotis, car elles l'appréciaient non pas comparativement aux hommes mais en fonction de la profession occupée par leur propre mère (Clark, 1997 ; Baudelot et Gollac 2003). Pour notre propos, nous retiendrons que le bien-être s'apprécie en *relatif* à une situation qui fait implicitement la norme dans un pays, relatif aussi à un point de repère qui s'impose en fonction des *positions respectives des acteurs* notamment selon leur genre et donc au final des *valeurs et des normes intégrées*.

Sous l'angle du rapport au travail, le bonheur se distribue selon deux dimensions : être (et faire) ou avoir, (Baudelot et Gollac, 2003). Pour les uns, c'est avoir une famille, une maison, un travail, de l'argent, pour les autres, c'est être bien dans sa peau, en paix, être bien avec ses enfants, son mari, être aimé, etc. mais ils relèvent que pour être (et se) réaliser, il faut déjà posséder. À l'opposé se situent des situations de souffrance ou de simple retrait du salarié. En cela, le « malheur » au travail n'est pas l'exact opposé du bonheur. Il ne suffit donc pas d'inverser les définitions de ces notions voisines que sont le bien-être ou le bonheur pour aboutir au mal-être comme au malheur. Cependant, ces notions ne sont évidemment pas sans lien. Pour Schopenhauer le bonheur n'est pas à rechercher dans la course perpétuelle à la satisfaction des désirs et à l'accumulation des plaisirs mais résulte de l'absence de souffrance (1818, p. 404).

Le mal-être ne peut être restreint à l'insatisfaction des préférences ou à l'absence de jouissance des « biens » convoités car si la frustration peut amener à des situations de souffrance, le mal-être ne se limite pas à la seule frustration. Contrairement au bien-être souvent évoqué, le mal-être n'a pas vraiment fait l'objet d'une conceptualisation explicite. Le mal-être résulte avant tout des tensions qui traversent un individu porteur d'attributs sociaux pris dans les contradictions entre un système de valeurs et de normes qui le contraint, un ou des stimuli³ « agressifs » de nature et d'intensité variées auxquels il est soumis. Le mal-être est donc le résultat d'une interaction complexe entre trois éléments principaux : une ou plusieurs pressions singulières, un individu socialement caractérisé, une société donnée dans le temps et dans l'espace et donc disposant d'un système normatif spécifique. Les différentes combinaisons de cette interaction et la représentation que l'individu s'en fait produisent alors une réponse ou une gamme de réponses appropriées. C'est ce que nous dit à sa façon Elias à propos du processus de civilisation (1939b, p.198) « *Mais elles [les autocontraintes] provoquent aussi — suivant la pression intérieure, la situation de la société et de ses membres — des tensions et des troubles spécifiques au niveau du comportement et de la vie pulsionnelle.* »

Le mal-être incarne une souffrance morale ou psychologique qui affiche une double nature. C'est une souffrance subjective en ce qu'une même situation touchera à des degrés divers des individus effectivement distincts mais socialement semblables, et le différentiel du malaise semble relever alors de la seule psychologie⁴. C'est aussi une souffrance objective en ce qu'elle revêt des formes repérables, des intensités et des régularités mesurables au travers de

² Pour une revue de la littérature de l'économie du bien-être et du bonheur voir Davoine, 2007.

³ Roger Bastide souligne que « Mais il faut ajouter que l'homme n'obéit pas à de simples stimuli extérieurs, qu'il donne un sens à ces stimuli, c'est-à-dire qu'au contraire de l'animal, il réagit à des symboles et pas seulement à des signaux » (Bastide, 1965, p.8-9).

⁴ Cette affirmation demanderait un examen critique approfondi. Car le rapprochement de ce qui est considéré comme semblable se réalise au prix d'une simplification drastique au regard de la complexité de chaque individu. La non prise en compte d'informations inobservées, notamment le parcours biographique, conduit à qualifier de psychologie ou de purement individuel ce qui ressort d'une relative carence de l'observation.

nombreuses expressions et touchant des populations distinctes. En cela, le mal-être ne saurait être réduit à sa portée purement individuelle et psychologique mais affiche une dimension éminemment sociale. Halbwachs aboutissait à la conclusion « ...*les troubles mentaux et tous les états qui leur ressemblent, varient par l'effet d'influences sociales et de changements de la société. Mais comment en serait-il autrement ?... C' [la maladie mentale] est un fait social, qui doit s'expliquer par des causes sociales* » (1930, pp. 382-383). Il réconcilie les dimensions sociale et individuelle observant que les motifs individuels et les causes sociales du suicide sont indissociables. La prise en compte de la dimension subjective ne l'empêche aucunement de rester dans les pas de Durkheim en plaçant au centre de son analyse le manque d'intégration sociale comme cause unique du suicide. Ce qui nous intéresse ici, c'est précisément cette dimension individuelle de la souffrance en tant qu'elle plonge ses racines dans la société.

La dimension sociale du mal-être vient déjà de la construction historique de l'affectivité. L'autocontrainte de la violence a eu pour première conséquence la construction et la modification du goût comme du dégoût et de la pudeur (Elias, 1939a). Cet exemple permet d'envisager l'hypothèse raisonnable que les sources de la souffrance se sont modifiées par les mutations sociales survenues au cours de l'Histoire. Ainsi par exemple, la transformation contemporaine du statut de l'enfant comme un objet récent d'affection du couple (Ariès, 1960) génère potentiellement plus de souffrance en cas de séparation ou de décès de celui-ci que par le passé. Les histoires propres aux sociétés, leurs cultures originales aboutissent logiquement à des expressions sociales des sentiments, à des cultures affectives distinctes (Le Breton, 1998). De sorte que le mal-être, généré par l'économie des affects, chez l'une ne l'est pas forcément chez l'autre. Maurice Halbwachs (1947) en a l'intuition lorsqu'il conclut « *Amour, haine, joie, douleur, crainte, colère, ont d'abord été éprouvés et manifestés en commun, sous forme de réactions collectives. C'est dans les groupes dont nous faisons partie que nous avons appris à les exprimer, mais aussi à les ressentir [...] Par là, on peut dire que chaque société, chaque nation, chaque époque aussi met sa marque sur la sensibilité de ses membres.* »

La dimension sociale apparaît également au travers des tensions entre un individu chargé d'attributs sociaux — genre, âge, statut social et familial, etc. — et la société. Ces tensions ne peuvent plus trouver d'échappatoire dans la violence comme par le passé, c'est ce que nous enseigne encore Norbert Elias (1939b, p.197) : « *Dans un certain sens, le champ de bataille a été transposé dans le for intérieur de l'homme. C'est là qu'il doit se collecter avec une partie des tensions et passions qui s'extériorisaient naguère dans les corps à corps où les hommes s'affrontaient directement.* » Ainsi, l'exemple de la charge mentale trop forte de salariés dans certaines entreprises aboutit parfois à la dépression et au suicide (Ehrenberg, 1998). La transgression de représentations intériorisées et de normes socialement construites est aussi génératrice de souffrance. La plus grande fréquence des tentatives de suicide chez les hommes et les femmes homosexuels (Verdier et Firdion, 2003 ; Lhomond et Saurel-Cubizolles, 2003) peut se comprendre dans le cadre d'une société marquée par une forte contrainte à l'hétérosexualité (Butler, 2005). La souffrance surgit alors de la perception du décalage entre des valeurs intériorisées et la réalité vécue et aboutit à un sentiment de faillite personnelle, d'insuffisance, à une perte d'estime de soi. Halbwachs cite l'exemple, tiré de l'Émile de Rousseau, d'un homme joyeux et bien portant l'instant d'avant et recevant une lettre funeste s'abîmant soudain dans une douleur morale profonde, il conclut « *C'est parce qu'à une représentation du monde s'en substitue brusquement une autre qui appelle de sa part d'autres réactions qu'il sombre dans le désespoir. Mais les réactions précédentes étaient aussi en rapport avec l'idée qu'il se faisait du monde extérieur et de la place qu'il occupait.* » (1930, p. 313). Ces représentations, forcément sociales du monde, des événements contingents et de la place de l'individu sont au cœur du mal-être et dépendantes des normes et des valeurs véhiculées par la société. Que la représentation soit modifiée par les événements, par la place de l'individu ou par une modification des valeurs de la société et l'individu passera alors d'un état de bien-être à celui de mal-être. Si le décès de nos proches échappe en grande partie au

modèle de la perte d'estime de soi (Freud, 1915), il ne rentre pas en contradiction avec ce que nous venons de dire des représentations. De son côté Halbwachs nous rappelle que le décès ou la séparation d'un être aimé réduit arithmétiquement le réseau de nos relations mais surtout isole et retranche l'individu de la société, car pour se rappeler la société il faut d'abord oublier le disparu. Et « ...ce n'est pas l'isolement, mais le sentiment qu'on a soudain d'être seul, qui, dans tous les cas, pousse au suicide. » (1930, p. 317). Ainsi, le manque d'intégration sociale reposerait plus sur le sentiment de solitude ou plus précisément sur la représentation de sa solitude que sur l'isolement effectif.

Les expressions du mal-être

Bentham évoquait le suicide comme unique expression du mal-être. Faut-il en déduire que tous ceux qui ne se suicident pas sont parfaitement heureux, qu'ils connaissent bien plus de joies que de peines ? Le suicide n'est pas l'unique façon d'exprimer son mal-être. Il adopte différentes formes. Tocqueville, s'interrogeant sur les raisons pour lesquelles « *les Américains se montrent si inquiets au milieu de leur bien-être* », souligne qu'« *on se plaint en France que le nombre de suicides s'accroît ; en Amérique, le suicide est rare, mais on assure que la démence est plus commune que partout ailleurs. Ce sont là des symptômes différents du même mal.* » (Tocqueville, 1840, p.186). Si les Américains se suicident peu, ce n'est pas en raison d'un plus grand bien-être nous dit Tocqueville. La religion, en condamnant cet acte, ferme en grande partie la possibilité du suicide mais ne résout pas pour autant ce qui rend la vie insupportable aux yeux des Américains. Le mal-être emprunte alors une autre voie, celle de la maladie mentale, sur laquelle la religion n'a pas de prise directe.

Le concept du mal-être permet la mise en perspective du suicide avec d'autres états traduisant une certaine détresse et s'avère une voie heuristique et fructueuse dans la compréhension des comportements genrés. Ainsi, la prise en considération des tentatives, plus nombreuses que les suicides et majoritairement féminines, enrichit le tableau brossé par le seul suicide et le rend plus intelligible. Les trois quarts des suicides sont masculins, quand les tentatives féminines sont deux fois plus fréquentes (Davidson, 1986 ; Badeyan *et alii.*, 2001 ; Mouquet *et al.*, 2006). Les tentatives sont aussi quinze fois plus nombreuses que les suicides accomplis, ce qui montre des ordres de grandeur incomparables et confirment la séparation de ces deux phénomènes. L'inefficacité des moyens féminins employés, moins violents, a souvent été avancée pour rendre compte de la différence de niveau entre le taux de suicide des hommes et celui des femmes. Mais dans ce cas, ne serait-il pas plus judicieux de se demander pour quelles raisons les femmes choisissent systématiquement des moyens inefficaces⁵ ?

Mais surtout, si parmi les tentatives se comptent effectivement des actes « ratés », la majorité des tentatives correspond en réalité à l'expression d'un phénomène social différent du suicide. Embarrassé par cette contradiction entre prédominance des suicides masculins et primauté des tentatives féminines, Halbwachs finissait par rejeter la tentative hors de la définition du suicide au motif que « *rien ne prouve l'intention de la mort, rien ne prouve que la victime ait su que son acte devait produire la mort, si ce n'est qu'elle l'a exécuté jusqu'au bout* » (1930, p. 66). Les tentatives recouvrent effectivement davantage la demande désespérée d'une prise en charge d'un malaise devenu envahissant que l'intention de se donner la mort. Elles correspondent moins au refus de la vie que « *le besoin intense de « vivre autrement* », *quitte à risquer d'en mourir pour le faire comprendre* » (Davidson, 1986, p. 152). Si le suicide est majoritairement un acte de désespoir commis contre soi-même, la tentative trahit un espoir

⁵ Les différences de genre dans les modes de suicide recouvrent aussi des inégalités sexuées d'accès à ces moyens. Par exemple, les hommes ont un accès plus fréquent aux armes à feu par leur profession (gardien, gendarme, policier, militaire) ou par leurs loisirs (chasse, tir) ; les femmes, plus sujettes à la dépression, ont à disposition des tranquillisants, qui sont le premier mode de tentative de suicide quel que soit le sexe (Davidson, Philippe, 1986).

orienté vers autrui⁶. Pour autant, ces deux comportements sont indiscutablement l'expression d'une détresse, d'une souffrance, d'un mal-être. Suicide et tentative seraient deux expressions distinctes d'un mal-être, la première principalement masculine, la seconde féminine. Si l'expression du mal-être féminin prend plus régulièrement la voie de la tentative de suicide que celle du suicide, on peut y voir l'intériorisation des habitus sexués. Ce qui expliquerait la répugnance des femmes au recours à des formes violentes et inversement « l'attraction » masculine aux comportements violents.

Le mal-être ne s'observe donc pas directement, il s'approche par des manifestations prenant des formes disparates. L'origine des souffrances individuelles et leurs intensités sont multiples, il n'est alors pas surprenant que les réponses soient tout aussi diverses : suicide, risque suicidaire, dépendance alcoolique, dépression, sentiment de solitude, boulimie, anorexie, les diverses maladies mentales autres que dégénératives⁷, etc. Les économètres désignent ces phénomènes non directement observables sous le terme de variable latente. Leur approche ne se réalise qu'indirectement à l'aide de ses manifestations visibles qui ne sont que les indicateurs mesurables et segmentaires d'un phénomène plus large. De façon similaire, nous qualifierions plus volontiers le mal-être de concept englobant ou générique, comme le sont ceux de lien social ou de hiérarchie sociale. Le mal-être ne se réduit pas à une variable continue qui se parcourrait linéairement du plus petit degré au plus haut, ou pour reprendre nos exemples, du sentiment de solitude au suicide en passant par des étapes intermédiaires constituées par la dépendance alcoolique et la dépression. Elle prend la forme d'une variable discrète dont les modalités sont parfois poreuses (suicide et dépression, sentiment de solitude et dépression), parfois sans rapport direct entre elles (anorexie et dépendance alcoolique) mais qui possède des degrés d'intensité marqués. Pour ce qui nous concerne ici, la construction sociale des genres et les valeurs qui leurs sont attachées entraînent l'individu à produire des réponses spécifiques aux divers événements et situations qu'il affronte en fonction de son sexe. En d'autres termes les dispositions de genre, c'est-à-dire les habitus attachés à chaque sexe, tendraient à orienter la façon dont les hommes et les femmes se représentent leur situation et par conséquent à produire des réponses adaptées à l'incorporation de cette identité sexuée.

Les expressions genrées du mal-être

Il est tentant de transposer l'exemple des Américains donné par Tocqueville au cas des hommes et des femmes. Le suicide est principalement masculin, mais les tentatives de suicide touchent en priorité les femmes. De même, les hommes ont un penchant pour l'alcool quand les femmes sont plus dépressives. La dépression peut être vue comme un mal-être s'exprimant dans la sphère privée, réservée traditionnellement aux femmes. À l'inverse, l'alcoolisme apparaît davantage compatible avec le rôle public des hommes. Cette opposition entre privé/public, et entre féminin/masculin, transparaît d'ailleurs avec force dans les représentations sociales de l'alcoolisme féminin, comme une pratique « solitaire et clandestine » qui serait liée avec la névrose (Clément, Membrado, 2001). Ce constat se révèle même plus général si l'on met en perspective la surmortalité masculine et la surmorbidity féminine (Aiach, 2001). L'idée d'un bien-être supérieur des femmes, reposant sur le constat de leur immunité face au suicide, apparaît alors difficilement défendable. Cette contradiction apparente entre différentes expressions de mal-être indique en réalité que chacune de ces expressions comporte ses spécificités, dont l'une est de genre. Dès lors, il y a un risque

⁶ Il faut modérer ce constat car parmi les tentatives se trouvent des « suicides réellement ratés », et parmi les suicides accomplis des tentatives de suicide qui ont mal tournées et des suicides « vindicatifs » qui sont aussi une expression tournée vers l'extérieur : déception amoureuse, vengeance ou chantage affectif (Baudelot et Establet, 2006).

⁷ Néanmoins, il serait nécessaire de pousser plus avant l'investigation sociologique des maladies mentales et particulièrement la dichotomie, déjà soulignée depuis longtemps (Bastide, 1965), entre psychoses et névroses.

d'interprétation erronée à se focaliser sur l'une de ces expressions au détriment des autres. Seule leur étude simultanée permet d'appréhender de façon satisfaisante les disparités du mal-être entre les genres et en tirer des conclusions pertinentes. Se limiter à une seule expression, comme le suicide, renseigne davantage sur cet indicateur particulier que sur le mal-être en général (Aneshensel, Rutter, Lachenbruch, 1991).

L'étude des différences de genre nécessite alors de mobiliser plusieurs expressions du mal-être, certaines étant traditionnellement masculines comme le suicide, la dépendance alcoolique et d'autres majoritairement féminines comme le risque suicidaire grave, la dépression (Aneshensel *et al.*, 1991 ; Horwitz, White, Howell-White, 1996 ; Simon 2002 ; Umberson, Wortman, Kessler, 1992 ; Umberson, Chen, House, Hopkins, Slaten, 1996). La mise en parallèle de ces diverses formes de mal-être permet aussi de rejeter les explications qui naturalisent la plus forte dépressivité des femmes, induites par la convergence et la répétition des observations. En la matière, il est nécessaire d'appréhender avec recul critique ces constats statistiques qui tendent à les réifier en une constitution féminine plus *délicate* confondant ainsi effet et cause. De fait, la revue de littérature de Lovell et Fuhrer (1996) montre bien la plus grande prévalence féminine des troubles affectifs et anxieux, mais indique simultanément une fréquence masculine supérieure des troubles liés à la consommation d'alcool ou de drogues, et des comportements antisociaux.

Nous proposons donc de réexaminer les conclusions relatives à la surprotection féminine et au bénéfice masculin au mariage grâce au concept de « mal-être » qui autorise la réunion de ses diverses expressions et qui sans cela biaiserait les conclusions tirées de l'une ou l'autre de ses expressions éparses. S'inspirant en partie des hypothèses posées par Simon (2002) dans son article sur la relation entre genre, statut matrimonial et santé mentale, notre étude des différences de genre vis-à-vis du mal-être vise à répondre principalement aux questions suivantes. Si les diverses expressions du mal-être sont fondamentalement genrées alors les femmes devraient présenter de plus forts risques suicidaires et dépressifs, les hommes devraient avoir un taux de suicide et des problèmes d'alcool plus fréquents et ces régularités devraient s'observer quel que soit l'âge ou la situation familiale. L'examen simultané des quatre indicateurs de mal-être permet de tester la validité du concept d'intégration conjugale et familiale. De fait, les individus vivant en couple, et d'autant plus ceux formant un couple avec enfants, devraient s'écarter le plus du mal-être, cela quel que soit l'indicateur retenu. Enfin, si les hommes bénéficient davantage du mariage que les femmes, alors la différence entre marié et non marié devrait être plus accentuée chez les hommes.

Données et indicateurs

En raison des sources disponibles, quatre expressions du mal-être ont été privilégiées. Les taux de suicide sont obtenus grâce au fichier des causes de décès de 2003. Le risque suicidaire grave est évalué à partir du Baromètre santé de l'INPES (2005). En introduisant l'échelle internationale CES-D et le questionnaire DETA, la dernière enquête Santé de l'INSEE (2002-2003) permet d'établir les scores de dépressivité et de consommation excessive d'alcool.

Les données sur le suicide, détenues par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Inserm (CépiDc), sont issues de deux sources administratives fusionnées, les certificats de décès et l'État civil et représentent une base d'environ 11 000 suicides parmi 500 000 décès annuels. Les statistiques des causes de décès détiennent peu d'informations sociodémographiques, ce qui limite les possibilités d'analyse. Pour cette raison, nous présenterons uniquement les taux du suicide selon le statut matrimonial et l'âge de chaque genre, puis à l'instar de Durkheim nous calculerons le coefficient d'aggravation des non mariés par rapport aux époux de chaque sexe.

Les données relatives à la dépression et à la dépendance alcoolique proviennent de l'enquête Santé 2002-2003. Menée tous les dix ans par l'INSEE, cette enquête offre de riches

possibilités d'étude de l'état de santé des ménages et des individus. Plus de 16 000 ménages, représentant 40 000 individus, ont été interviewés. Contrairement aux précédentes enquêtes Santé, le questionnaire est strictement individuel pour les adultes aptes à répondre. Les volets sur la dépression et l'alcool ont été auto-administrés. De plus, l'enquête de 2002-2003 intègre des questions aboutissant à des échelles de scores internationalement validées et utilisées dans les études épidémiologiques.

Les différentes mesures de la dépression au moyen d'enquête en population générale ne concordent généralement pas. D'après l'enquête Santé et Protection sociale du CREDES de 1996-1997, la prévalence de la dépression déclarée par les individus non seulement ne coïncide pas avec celle dépistée par un questionnaire tel que le MINI⁸ mais en plus est d'un niveau moindre que celui-ci (Le Pape et Lecomte, 1999). Nous avons finalement opté pour une mesure indirecte de la dépressivité au moyen de l'échelle CES-D⁹, afin de réduire la suspicion relative aux effets déclaratifs dans les questions de santé mentale. Il est fréquemment avancé que les femmes se déclareraient plus aisément atteintes de maladies mentales que les hommes. Si cette affirmation s'avérait exacte alors les écarts mesurés seraient plus déclaratifs que réels. La comparaison des déclarations spontanées de maladie et des épisodes dépressifs repérés au moyen du CES-D dans l'enquête Santé 2002-2003 met en évidence une sur-déclaration féminine mais l'utilisation d'une échelle de dépressivité réduit l'écart entre hommes et femmes, tout en témoignant d'une prévalence féminine à la dépression double des hommes (Leroux et Morin, 2006). Cependant, les avis restent partagés quant à l'éventualité d'un biais déclaratif lié au genre. Au moyen d'un protocole de questionnaire spécifique des chercheurs concluent au contraire à une tendance générale à la sous-déclaration des problèmes de santé et notamment des maladies mentales, quel que soit le sexe, apparemment moins par peur du jugement implicite des autres que par méconnaissance des maladies elles-mêmes¹⁰. Contrairement aux représentations communes, cette sous-déclaration des maladies mentales est même légèrement plus prononcée chez les femmes (Macintyre, Ford, Hunt, 1999).

Ces mêmes questions se posent quant à la mesure de l'abus alcoolique. Les types de consommation et de boissons alcoolisées sont fortement liés à l'âge. Les deux tiers des 65 ans et plus boivent quotidiennement, tandis que les jeunes consomment de plus grandes quantités d'alcools forts dans le cadre festif des sorties du week-end. Selon les critères de l'Organisation

⁸ Le Mini International Neuropsychiatric Interview permet d'établir une échelle de dépressivité qui vise à déceler les épisodes dépressifs à partir d'une liste de symptômes. Il constitue une alternative au CES-D.

⁹ Au travers de 20 questions couvrant la plupart des critères inclus dans le diagnostic de la dépression (tristesse, fatigue, troubles de l'appétit, troubles du sommeil, sentiment d'infériorité, difficultés de concentration), l'échelle CES-D (Center for Epidemiologic Study of Depression scale) vise à identifier la présence de symptômes pré-dépressifs et à en évaluer la sévérité. La dépression n'étant pas diagnostiquée par un médecin, il est convenu que ce qui est repéré par cette échelle est une mesure indirecte de la dépressivité. Cependant, par commodité de langage, nous utiliserons indifféremment l'un ou l'autre de ces termes dans le texte. Les questions portent sur la semaine écoulée, la dépressivité est donc mesurée au moment de l'enquête (cf. Annexe). La somme des scores varie de 0 pour l'absence de symptômes pré-dépressifs à 60 correspondant à une dépressivité majeure. Il est généralement recommandé de considérer deux seuils gradués, indifférenciés selon le genre : un seuil de 17 témoignerait de la présence d'une symptomatologie dépressive et celui de 23 de symptômes dépressifs avérés (Husaini et Neff, 1980). Nous avons retenu le seuil le plus élevé sachant que l'adoption de l'un ou l'autre de ces seuils modifie mécaniquement le nombre de dépressifs repérés mais pas les caractéristiques des populations ainsi mises à jour.

¹⁰ Certains interviewés de l'enquête Santé 2002-2003 ont accepté de réaliser un examen médical. La confrontation des données révèle une sous-déclaration générale des problèmes de santé tels que l'obésité, l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie. Dans une société régie par le culte de la minceur, qui pèse plus particulièrement sur le sexe féminin, les femmes tendent plus souvent à sous-estimer leur poids. Cependant, le genre n'introduit pas un biais systématique dans la mesure où la sous-déclaration de l'hypertension artérielle ou de l'hypercholestérolémie tient surtout à une méconnaissance du problème de santé (Dauphinot, Naudin, Guéguen, Perronin, Sermet, 2006).

Mondiale de la Santé, la consommation régulière d'alcool, tant qu'elle demeure modérée¹¹, ne constitue pas en soi un usage problématique. La consommation est considérée à risque lorsqu'elle dépasse les seuils hebdomadaires recommandés et/ou se caractérise par des ivresses plus ou moins fréquentes. À court terme la consommation excessive d'alcool entraîne des risques d'accidents ou des conduites violentes, et à long terme des risques de dépendance et de mortalité prématurée. La dépendance alcoolique est généralement mesurée par le questionnaire DETA¹² à travers 4 questions : « Au cours des 12 derniers mois... (1) Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ? ... (2) Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ? ... (3) Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ? ... (4) Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ? » Les cliniciens considèrent couramment que les individus cumulant au moins deux réponses positives ont une consommation excessive d'alcool susceptible d'entraîner des pathologies. Une enquête menée auprès de patients à l'hôpital et en ambulatoire a confronté les réponses du questionnaire DETA aux avis prononcés par un médecin. 18% des hommes et 19,5% des femmes hospitalisés ont un problème d'alcool d'après le médecin alors que leur DETA est négatif et la discordance est encore plus prononcée en médecine de ville. Le questionnement habituel du DETA porte sur la vie entière. Il peut ainsi se révéler positif pour des anciens alcoolo-dépendants aujourd'hui abstinents. Ce qui rend compte, au moins en partie, de la non-congruence entre les déclarations des patients et l'avis des médecins (Canoui-Poitrine, Mouquet, Com-Ruelle, 2005). Ce biais est évité ici car la temporalité annuelle est spécifiée dans le libellé des questions de l'enquête Santé 2002-2003.

Contradictions apparentes dans les expressions du mal-être

En 2003, le taux de suicide féminin est trois fois inférieur à celui des hommes, en s'établissant respectivement à 9,2 suicides contre 27,5 suicides pour 100 000 habitants. La régularité de la sur-suicidité masculine tout au long de la vie et cela quel que soit leur statut matrimonial, confirme, si besoin était, que le suicide est avant tout une expression masculine du mal-être (Tableau 1). Il pourrait être objecté à cette affirmation que ce qui serait perçu dans cet écart serait plus le profit de la protection infantile attachée à la charge des enfants revenant encore très majoritairement aux femmes. Durkheim a ainsi pu montrer, il est vrai à partir de données fragiles, que la présence d'enfants constitue une protection décisive face au suicide (1897, p. 207-208) et il en déduit « ...*que le facteur essentiel de l'immunité des gens mariés est la famille, c'est-à-dire le groupe complet formé par les parents et les enfants.* » De son côté, Halbwachs, à partir de données de Russie soviétique, affine cette idée par le plus grand nombre d'enfants : « *En résumé ces dernières statistiques nous apprennent que l'homme et la femme mariés, mais surtout la femme, sont d'autant plus protégés contre le suicide qu'ils ont plus d'enfants* » (Halbwachs, 1930, p. 178). Ces observations ne peuvent malheureusement être confirmées actuellement en l'absence de données adéquates, nous y reviendrons. Néanmoins l'immunité féminine face au suicide se constate déjà chez les jeunes célibataires de 15 ans à 24 ans dont la majeure partie n'a pas encore procréée, ce qui tendrait à prouver que la surprotection féminine n'est pas attachée uniquement à la présence d'enfants et repose également sur d'autres causes (Tableau 1).

L'hypothèse séduisante de Baudelot et Establet s'appuie donc sur l'insertion plus forte des femmes au sein de la famille et allant plus loin, ils proposent une théorie unique s'appuyant sur le concept d'intégration de Durkheim « *... la protection dont bénéficie un individu à l'égard du suicide est fonction du nombre et de la profondeur des relations qu'il noue avec son milieu*

¹¹ En moyenne, 3 verres par jour pour les hommes, 2 pour les femmes.

¹² Le DETA (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool) est une adaptation du test clinique américain CAGE (Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener).

familial. Hypothèse où nous redéfinissons l'intégration, et à laquelle nous adjoignons la sous hypothèse suivante : on peut considérer le sexe et l'âge comme des facteurs d'intégration à la famille... » (Baudelot et Establet, 1984, p.101). Malheureusement, là encore, cette hypothèse ne peut être statistiquement testée à partir du suicide faute d'informations sur les relations familiales des suicidés.

TABLEAU 1 : TAUX DE SUICIDE SELON LE STATUT MATRIMONIAL ET L'ÂGE

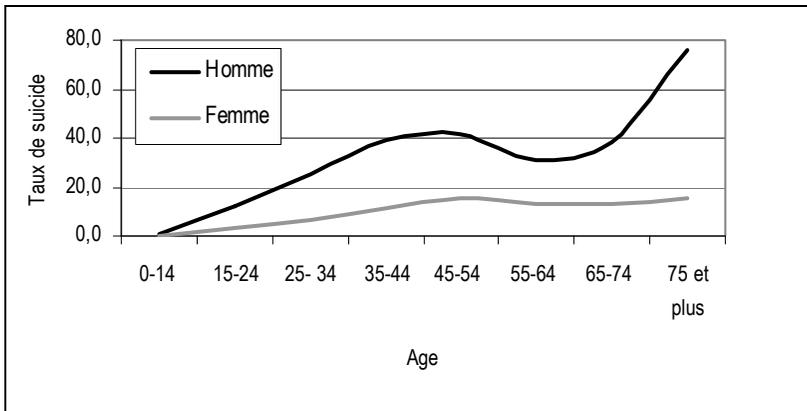
	Célibataire		Marié		Veuf		Divorcé		Total		
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	Ensemble
0 - 14 ans	0,5	0,1	-	-	-	-	-	-	0,5	0,1	0,3
15 - 24 ans	12,4	3,6	17,5	5,0	-	-	-	-	12,5	3,7	8,1
25 - 34 ans	30,0	8,9	15,2	3,7	310,5	28,9	38,7	15,4	25,5	6,9	16,2
35 - 44 ans	49,4	16,5	27,4	6,9	130,6	30,4	76,4	22,3	38,9	11,3	24,9
45 - 54 ans	58,3	20,8	30,7	11,3	98,6	33,6	75,3	26,6	41,3	15,7	28,3
55 - 64 ans	55,9	16,6	23,0	10,4	87,5	17,4	54,8	22,3	30,8	13,1	21,8
65 - 74 ans	66,7	16,1	29,2	10,0	90,7	17,4	61,4	23,4	38,3	13,4	24,7
75 ans et plus	84,1	8,7	54,9	12,8	143,6	17,0	91,2	17,1	75,8	15,2	37,1
Total	18,4	5,2	28,9	8,9	121,0	18,3	68,2	23,0	27,5	9,2	18,1
Ensemble	12,1 ¹		18,9		35,0		42,2		-	-	

Source : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc, Inserm), décès en 2003.

Cependant, si on veut bien considérer que le suicide représente une des modalités d'un phénomène plus large, le mal-être, alors on peut s'attendre à ce que les mêmes causes produisent les mêmes effets. Or, la signification des contradictions apparentes relevées entre des suicides féminins moins nombreux (Figure 2), des tentatives de suicide et des risques suicidaires comme des dépressions féminines plus fréquentes devient épineuse à expliquer (Figure 3). Dès lors, il semble difficile de soutenir cette hypothèse en l'état car on ne peut penser que les bénéfices des interactions avec le réseau familial s'appliqueraient uniquement à l'acte fatal mais que ses qualités préservatives perdraient toute force pour les tentatives de suicide comme pour les risques suicidaires graves et la dépression qui marquent un état fréquemment antérieur au suicide (Davidson & Philippe, 1986 ; Lemperrière, 2000). Autrement dit, les interactions avec la famille élargie ne peuvent à la fois préserver du mal-être dans sa forme radicale et se révéler inefficaces, voire l'aggraver dans les formes non ultimes. Si les plus nombreuses interactions avec la famille élargie protègent d'une modalité du mal-être (le suicide) pourquoi ne protègent-elles pas des autres modalités ? Toujours est-il que l'hypothèse des interactions familiales est insuffisante à résoudre le paradoxe du plus faible taux de suicides féminins et de la plus forte prévalence dépressive des femmes. En fait, l'essentiel des écarts genrés observés pour chaque mode d'expression du mal-être ne viendrait pas des écarts d'intégration mais au premier chef des voies singulières qu'emprunte chaque sexe pour exprimer son mal-être. Toutefois, des chercheurs ont montré de façon convaincante que les relations de « support », c'est-à-dire de soutien ou de confiance avec des parents, des amis, des proches, modèrent la détresse psychologique (Umberson *et alii.*, 1996). Ils soulignent que sans leur réseau de relations plus dense, les femmes connaîtraient des niveaux de dépression encore plus élevés. À l'inverse, ils relèvent que les relations de contrainte, par exemple s'occuper régulièrement de parents dépendants, aggravent les niveaux de dépression. Nous sommes donc amenés à penser que les interactions de support avec les proches ont un effet modérateur sur le mal-être mais que cet effet est insuffisant à combler les écarts de la dépression comme du suicide entre hommes et femmes.

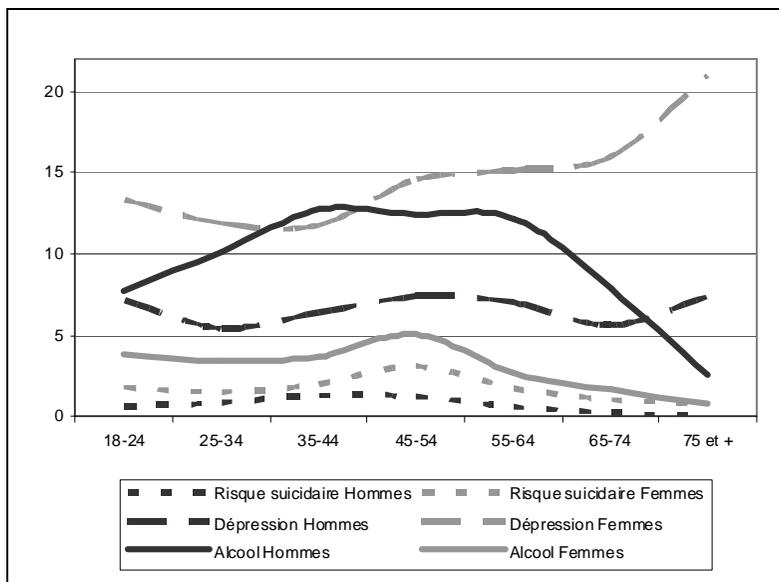
Les courbes du suicide selon le genre nous ramènent, d'abord et avant tout, à des différences de... genre, et après la période coïncidant avec l'effervescence des premières années de la retraite (Delbès et Gaymu, 2004), les taux de suicide des hommes augmentent considérablement quand dans le même temps ceux des femmes stagnent. Il faut donc traduire ces faits par : à cette période de la vie les hommes sont confrontés à des problèmes liés à l'écoulement du temps et qui les poussent au suicide alors que les femmes confrontées au même vieillissement ne sont pas sur-pénalisées, au moins vis-à-vis du suicide. Ce phénomène reste difficile à comprendre si l'on demeure sur l'analyse de ce seul indicateur. Est-ce qu'au fil du temps les capacités déclinantes de l'homme, tant au niveau intellectuel que physique, ajouté au fait que leurs attributs de pouvoir et leurs fonctions professionnelles se sont éteints, s'accorderaient difficilement avec les représentations masculines de la virilité, déjà mises à mal par un statut social démonétisé par la retraite et un réseau de relations amputé des collègues ? Mais pourquoi alors les femmes, plus socialement dépendantes de leur apparence corporelle et voyant leurs capacités d'attraction physique s'éroder, ne se suicident-elles pas plus aux mêmes âges ?

FIGURE 2 : TAUX DE SUICIDE MASCULIN ET FÉMININ EN FRANCE EN 2003
POUR 100 000



Source : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc, Inserm), décès en 2003. (Graphique des auteurs).

FIGURE 3 : RISQUE SUICIDAIRE GRAVE, DÉPRESSION ET DÉPENDANCE ALCOOLIQUE SELON L'ÂGE (%)

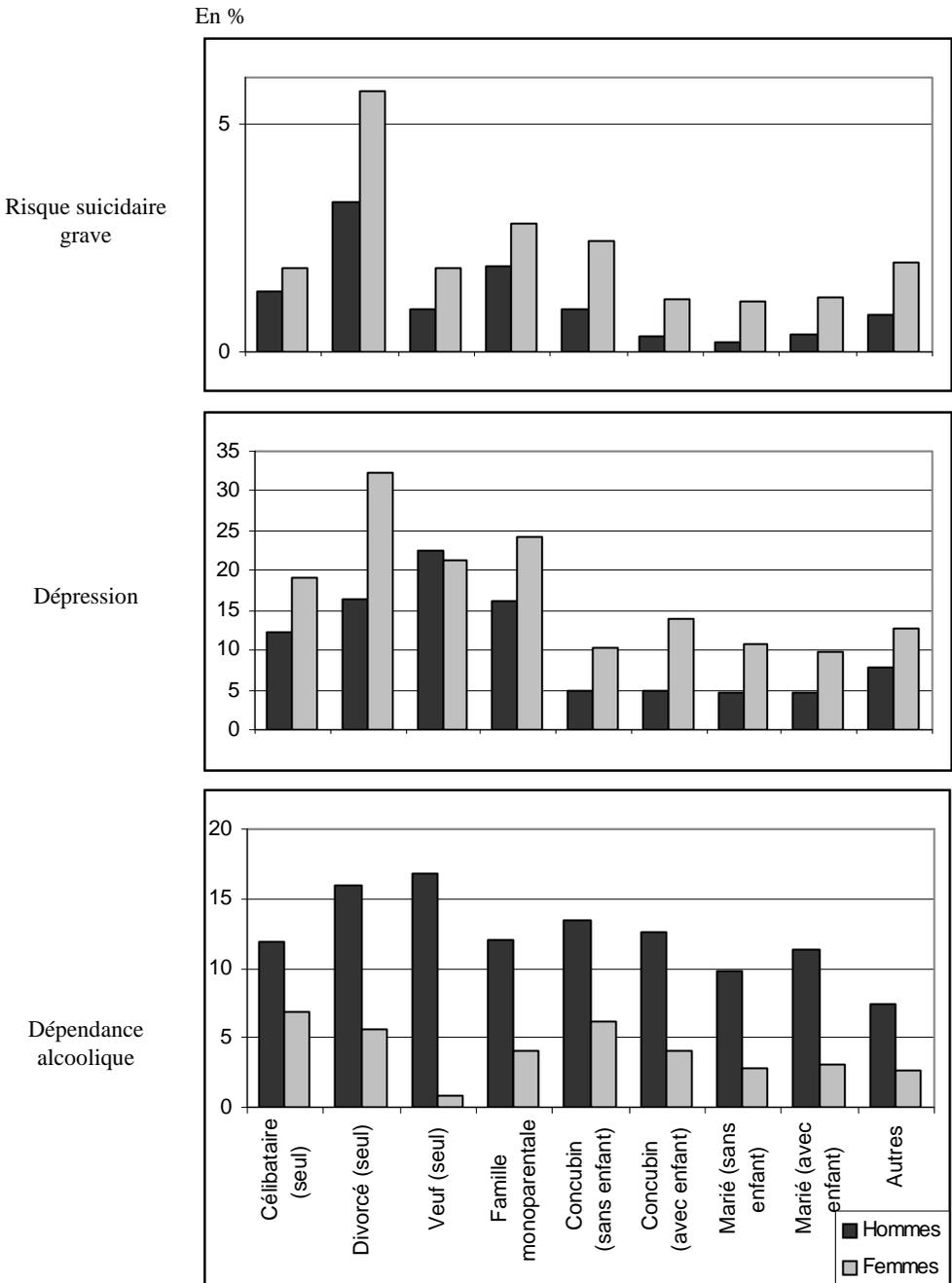


Source : Baromètre Santé 2005 pour RSG, Inpes et Enquête Santé 2002-2003 pour la dépression et la dépendance alcoolique, Insee. Exploitation par les auteurs.

Champ : individus de 18 ans et plus

En réalité, si le suicide féminin stagne après 45 ans, simultanément la dépression féminine progresse effectivement (Figure 3). Par ailleurs, le parallélisme frappant des courbes du risque suicidaire grave et de la dépendance alcoolique féminine semble indiquer une expression de même nature entre ces deux indicateurs avec un point culminant entre 45 ans et 54 ans pour retomber ensuite. Rappelons également que le pic des suicides féminins est atteint dès la tranche d'âge des 45 ans à 54 ans pour par la suite constituer un palier. Il y a donc bien à ce moment de la vie des femmes un ou, plus probablement, une série d'événements qui contribuent à les déstabiliser. Cet âge correspond souvent à la fin d'une période marquée notamment par le départ des enfants du foyer parental, la ménopause et la conscience de la dévalorisation du capital de séduction.

FIGURE 4 : RISQUE SUICIDAIRE GRAVE, DÉPRESSION ET DÉPENDANCE ALCOOLIQUE SELON LE TYPE DE MÉNAGE



Source : Baromètre Santé 2005 pour RSG, Inpes et Enquête Santé 2002-2003 pour la dépression et la dépendance alcoolique, Insee. Exploitation par les auteurs.

Champ : individus de 18 ans et plus (Exploitation par les auteurs).

Chez les hommes, la dépendance alcoolique culmine entre 35 ans et 64 ans pour baisser irrémédiablement ensuite. Elle pourrait indiquer des phénomènes hétérogènes mélangeant d'une part chez les plus jeunes un alcoolisme d'origine festive, de sociabilité ou d'entraînement, typiquement lié au rôle masculin, et d'autre part un mal-être s'exprimant par un abus alcoolique pour les hommes plus mûrs. La baisse de la dépendance alcoolique chez les plus âgés peut paraître étonnante au regard de leur consommation régulière d'alcool. Elle n'est pas due à un biais signalant un isolement social accru, l'entourage inexistant ne pouvant intervenir, car même en ne tenant pas compte de la question du DETA portant sur les remarques de l'entourage, le profil par âge demeure inchangé. Une consommation modérée d'alcool, même quotidienne, ne dévoile pas un usage à risque. Les études épidémiologiques ont même souvent constaté l'effet bénéfique d'une consommation journalière modérée sur la santé cardiovasculaire. La baisse vigoureuse observée de la dépendance alcoolique après 65 ans pourrait également résulter d'un effet de sélection dans la mesure où un décès sur 2 attribuable à l'alcool a lieu avant 65 ans. Les deux autres indicateurs se lisent moins aisément à partir de l'âge uniquement. La dépression masculine reste globalement stable au fil des âges. Le risque suicidaire masculin est extrêmement faible pour atteindre un niveau quasiment nul aux âges les plus élevés, confirmant là encore une dissociation avec le phénomène du suicide.

Les courbes des expressions du mal-être sont loin d'adopter un même profil mais il ne pouvait en être autrement. Car elles viennent confirmer les singularités des expressions du mal-être, qui sont le fruit des combinaisons multiples et complexes entre des pressions possédant leurs propres singularités, des intensités inégales, un individu dont ses qualités sociales orientent son comportement et sa perception des stimuli négatifs. Quel que soit leur âge, les femmes présentent plus fréquemment un risque suicidaire grave et un plus haut niveau de dépression, tandis que les hommes sont davantage dépendants de l'alcool et se suicident plus souvent.

TABLEAU 2 : COEFFICIENTS D'AGGRAVATION AU SUICIDE
PAR RAPPORT AUX ÉPOUX DE CHAQUE SEXE

	Célibataire		Veuf		Divorcé	
	H	F	H	F	H	F
15 - 24 ans	0,7	0,7	-	-	-	-
25 - 34 ans	2,0	2,4	20,4	7,8	2,6	4,2
35 - 44 ans	1,8	2,4	4,8	4,4	2,8	3,2
45 - 54 ans	1,9	1,8	3,2	3,0	2,5	2,4
55 - 64 ans	2,4	1,6	3,8	1,7	2,4	2,1
65 - 74 ans	2,3	1,6	3,1	1,7	2,1	2,3

Source : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc, Inserm), décès en 2003

Lecture : Les hommes célibataires de 25 à 34 ans sont deux fois plus sujets au suicide que les hommes mariés du même âge.

Ces résultats ne cachent pas un problème de structure familiale. Ils se confirment à partir des divers types de ménages. Quelle que soit la structure familiale, les femmes ont toujours une prévalence nettement plus élevée de risques suicidaires et dépressifs, les hommes sont davantage sujets à la dépendance alcoolique, la seule exception étant la dépression chez les veufs vivant seuls pour lesquels l'écart attendu entre hommes et femmes n'est pas observé (Figure 4). Ces résultats résistent aussi à une analyse multivariée. À autres caractéristiques contrôlées, les femmes ont près de 2 fois plus de risques de présenter un risque suicidaire

grave, 2 fois plus d'être dépressives et 5 fois moins de risques d'être dépendantes à l'alcool que les hommes (Tableau 3).

TABLEAU 3 : RISQUES DE PRÉSENTER UN RISQUE SUICIDAIRE GRAVE, D'ÊTRE DÉPRESSIF OU D'ÊTRE DÉPENDANT À L'ALCOOL – MODÈLES LOGISTIQUES 1 SIMULTANÉS POUR HOMMES ET FEMMES

		Risque suicidaire grave		Dépression		Dépendance alcoolique	
Constante		-6,09 ***		-3,95 ***		-2,32 ***	
Sexe	Homme	Réf		Réf		Réf	
	Femme	0,57		0,88 ***		-1,56 ***	
Âge		Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
	18 ans à 24 ans	-1,10 **	-1,18 ***	-0,69 **	-0,09	-0,19	-0,26
	25 ans à 34 ans	-0,45	-0,18	-0,17	-0,11	-0,29 **	-0,39 **
	35 ans à 44 ans	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
	45 ans à 54 ans	-0,25	0,26	-0,02	0,12	0,00	0,51 ***
	55 ans à 64 ans	-0,83 **	-0,64 ***	-0,25	0,02	-0,01	0,01
	65 ans à 74 ans	-1,57 **	-1,45 ***	-0,77 ***	-0,01	-0,42 **	-0,13
Type de ménage	Célibataire, seul, sans enfant	1,44 ***	0,68 ***	1,09 ***	0,71 ***	0,06	0,44 **
	Divorcé/séparé, seul, sans enfant	1,99 ***	1,54 ***	1,19 ***	0,87 ***	0,27	0,44 *
	Veuf, seul, sans enfant	1,50 *	0,97 ***	1,88 ***	0,70 ***	0,54 *	-0,30
	Famille monoparentale	1,75 ***	0,72 ***	1,12 ***	0,66 ***	-0,01	0,23
	Concubin sans enfant	1,17 **	1,04 ***	0,07	0,07	-0,12	0,59 ***
	Concubin avec enfant	0,26	-0,10	-0,02	0,42 ***	0,18	0,47 **
	Marié sans enfant	-0,37	0,13	0,05	-0,11	-0,09	-0,05
	Marié avec enfant	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
	Autres cas ¹	1,76 ***	0,84 **	0,55 *	-0,18	-0,07	-0,24
	Diplôme	Aucun ou non déclaré	-0,34	0,30	0,29	0,33 ***	-0,06
CEP, BEPC seul		-0,05	0,43 *	0,27	0,32 ***	-0,08	-0,33 *
CAP, BEP		-0,05	0,30	0,11	0,23 **	0,07	-0,34 *
Bac		Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Supérieur		-0,87 *	0,17	-0,20	-0,22 *	0,09	0,33 **
Revenus du ménage par unité de consommation		1 ^{er} quintile	-0,14	0,02	0,22	0,25 **	-0,04
	2 ^e quintile	0,23	-0,01	-0,02	-0,03	-0,06	-0,11
	3 ^e quintile	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
	4 ^e quintile	-0,02	0,22	0,15	-0,17	0,03	0,25
	5 ^e quintile	0,25	-0,32	-0,21	0,00	0,19 *	0,47 ***
	Statut d'activité	En emploi	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Chômeur		0,44	0,00	0,36 **	0,50 ***	0,43 **	-0,11
Inactif		0,09	0,37 **	0,38 **	0,24 ***	0,06	0,06
Invalidité	1,69 ***	0,81 ***	1,32 ***	1,11 ***	0,35 ***	-0,18	
Événements marquants pendant l'enfance	Décès, maladie, handicap ou accident grave, père ou mère	0,45 *	0,64 ***	0,10	0,20 **	0,21 **	0,21
	Séparation ou graves disputes entre les parents	1,18 ***	0,83 ***	0,47 ***	0,27 ***	0,34 ***	0,49 ***
	Situation matérielle difficile ²	0,27	0,41 ***	0,66 ***	0,46 ***	0,26 **	0,12
Événements marquants au cours de l'année	Décès d'un proche	/	/	0,15	0,30 ***	0,22 ***	0,22 *
	Difficulté matérielle particulière ³	2,02 ***	1,33 ***	1,25 ***	1,02 ***	0,44 ***	0,58 ***
	Difficulté professionnelle ou scolaire ⁴	1,55 ***	1,13 ***	0,93 ***	0,52 ***	0,15	0,67 ***
	Pourcentage de concordance	82%		76%		71%	
Nombre d'observations		379 sur 25 857		1 714 sur 17 815		1 330 sur 17 815	

Source : Baromètre Santé 2005 pour RSG, Inpes et Enquête Santé 2002-2003 pour la dépression et la dépendance alcoolique, Insee. Exploitation par les auteurs.

Champ : personnes de référence du ménage et conjointes

***, **, * significatif à 1%, 5%, 10%.

Différence des coefficients homme femme significative à : 5%  15% 

¹ Ménages comprenant d'autres personnes (parents ou non) que le conjoint ou les enfants éventuels

² Problème d'argent durant la jeunesse pour le risque suicidaire grave

³ Dispute avec amis ou problème d'argent pour le risque suicidaire grave

⁴ Difficultés, mauvais résultats pour le risque suicidaire grave

Cet ensemble de résultats milite pour l'hypothèse d'une expression du mal-être reposant sur la construction sociale des genres. Cette hypothèse permet de réduire la contradiction entre la prépondérance des suicides et de la dépendance alcoolique des hommes, et la prépondérance des tentatives de suicide et de la dépression des femmes. La construction sociale des genres est alors à l'origine des différences observées des modes d'expression du mal-être entre les sexes. Aux hommes correspondraient la rétention émotionnelle, l'agressivité, l'extériorisation du malaise par la violence dont le suicide, la transgression de la loi, les prises de risque délibérées (Peretti-Wattel, 2003), l'abus d'alcool et de drogues mais aussi la vocation sociale à assumer les responsabilités de chef de famille, de « breadwinner », et donc plus globalement les comportements où la représentation de la virilité est engagée. De fait, les hommes représentent 85% des personnes mises en cause dans les diverses infractions et vols entre 1950 et 1992 (Robert *et al.*, 1994, p. 65). Ils sont impliqués dans la quasi totalité des violences sexuelles, dans 84% des cas de brutalités physiques et dans 93% des tentatives de meurtre (Jaspard et l'équipe ENVEFF, 2001). De façon similaire, aux États-Unis, 94% des détenus et 90% des meurtriers sont des hommes. Aux femmes, reviendraient la gestion du domestique, des enfants, des relations, les qualités de douceur et de finesse, d'expression des sentiments, la réalisation de soi par la réussite familiale au travers de la mise en couple et de la possession d'enfant (notamment Belotti, 1974 ; De Singly, 1987 ; Bourdieu, 1998 ; Baudelot, Gollac, 2003), l'usage moins « spontané » de la violence, une violence moins physique que verbale (Choquet *et al.*, 1993), la somatisation et la dépression (Braconnier, 1996, p. 96). Ehrenberg ajoute « *L'alcoolisme est la manifestation principale de la dépression masculine : les femmes développent des symptômes, les hommes des comportements* » (1998, p. 178). La lente et continue inculcation de ces valeurs définissent chaque genre lors de l'enfance (Belotti, 1974) et ensuite viendront structurer les identités comme les comportements les plus intimes. Il est alors peu surprenant que les réactions aux diverses situations et stimuli agressifs adoptent des formes adaptées aux valeurs et attitudes incorporées par chaque genre. C'est cette construction sexuée des valeurs qu'observe Margaret Mead en Océanie lorsqu'elle rapporte : « *Ce qui, à l'origine, n'était qu'une nuance de tempérament s'est transformé sous l'influence sociale, en une caractéristique essentielle et inaliénable d'un sexe. Les enfants seront éduqués selon cette norme : les garçons devront dominer leur peur, les filles pourront la manifester ostensiblement.* » (Mead, 1935, p. 257). Ainsi, le mal-être des individus s'exprime au travers de comportements socialement conformes au genre auquel ils appartiennent. Si les divergences entre ces indicateurs montrent avant tout les singularités des diverses voies d'expression du mal-être et dévoilent des populations spécifiques, à l'inverse leurs convergences viennent valider les conclusions généralisables au mal-être des individus.

L'effet des enfants : l'occultation de la voie suicidaire

À partir des données françaises du suicide, nous ne pouvons vérifier l'affirmation de Durkheim et d'Halbwachs quant à la protection dispensée par les enfants¹³, mais il est possible d'observer l'effet de leur présence dans le foyer sur les expressions moins radicales de mal-être. Parmi les hommes et les femmes mariés, la présence ou l'absence d'enfant ne possède aucun impact sur le risque suicidaire grave, la dépression ou la dépendance alcoolique (Tableau 3). Ce résultat confirme l'effet bénéfique de l'union indépendamment de la présence d'enfant au sein du couple marié (Brown, 2000). Le nombre d'enfants présents dans le logement n'influe pas davantage. À autres caractéristiques contrôlées, que les hommes ou les femmes aient un ou plusieurs enfants n'affectent de manière significative ni leur tendance suicidaire, ni dépressive, ni alcoolique (Tableau 4). Le rôle protecteur des enfants est, par conséquent, loin d'être évident face au mal-être en général. La revue de

¹³ Cependant, une étude danoise montre que les enfants en bas âge réduisent la probabilité de suicide, en particulier chez les femmes (Qin, Mortensen, Agerbo, Westergard-Nielson, Eriksson, 2000).

littérature de Ross, Mirowsky et Goldsteen (1990) montrait déjà que l'effet des enfants présents dans le foyer est généralement inexistant. Les enfants ne protégeraient véritablement qu'à leur départ du foyer. Depuis, il a été même mis en évidence que les enfants mineurs aggravent les tendances dépressives des mères (Umberson *et alii.*, 1996). Deux raisons sont généralement avancées pour expliquer la manière dont la présence d'enfants conduit à réduire le bien-être psychologique des parents. D'abord, en augmentant les contraintes économiques et domestiques qui pèsent sur les familles, ensuite par la place affective qu'ils occupent, les enfants restreignent le soutien affectif que les époux se portent mutuellement (Ross *et al.*, 1990).

Il y a souvent un malentendu relatif à la nature des interactions avec les membres de la famille. Ni Durkheim, ni Halbwachs n'ont véritablement défini la nature de ces interactions. Spontanément, nous sommes portés à considérer le versant agréable des interactions : les relations tendres, le support affectif, les avantages tirés des échanges sexuels, les diverses formes de soutien matériel comme psychologique, en bref au bien-être retiré de nos proches et qui nous les rendent chers. Se limiter à ces différentes interactions, mêmes effectives, serait pourtant réducteur. La nature des interactions avec nos proches est multiple, affective, utilitaire mais également contraignante et problématique. De fait, avoir une famille a aussi pour contrepartie de devoir en tenir compte dans les gestes de la vie quotidienne : s'occuper des nombreuses tâches domestiques et des enfants, gérer le fonctionnement du foyer, répondre aux sollicitations administratives, être là quand les autres sont censés être présents, négocier les petites comme les grandes décisions, etc. Ces contraintes sont aussi des actions qui organisent la vie quotidienne de l'individu et structurent son temps au même titre que les horaires de travail. Les interactions familiales sont aussi affectées par les positions sociales respectives de ses membres, statut d'activité, profession, apport de revenus qui placent plus fréquemment les femmes dans une relation de dépendance vis-à-vis du conjoint. C'est l'ensemble de ces interactions de soutien social, de contraintes, mais aussi de partage « *des buts, des devoirs, des raisons d'être* » (Marcel, 2000, p.154) qui produit l'intégration familiale et il y a donc une dissociation à opérer entre bien-être et intégration, car l'intégration est insuffisante en elle-même à produire le bien-être. Serge Paugam souligne que la pauvreté ne s'accompagne pas nécessairement d'exclusion sociale, au contraire, il identifie une forme de « *pauvreté intégrée* », essentiellement présente en Europe du sud, dans la mesure où « *...la résistance collective à la pauvreté peut passer par des échanges intenses au sein des familles et entre elles, ainsi que par de nombreuses solidarités de proximité, à tel point que les pauvres peuvent être considérés comme parfaitement intégrés au tissu social* » (Paugam, 2005, p. 79). De sorte qu'au sein du concept d'intégration familiale, et notamment celle relative aux enfants, il est nécessaire de dissocier les relations de contrainte qui dans les situations aiguës engendrent le mal-être, des relations de soutien qui elles génèrent le bien-être (Umberson *et alii.*, 1996).

TABLEAU 4 : RISQUES DE PRÉSENTER UN RISQUE SUICIDAIRE GRAVE, D'ÊTRE DÉPRESSIF OU D'ÊTRE DÉPENDANT À L'ALCOOL – MODÈLES LOGISTIQUES 2 (AVEC LE NOMBRE D'ENFANTS À CHARGE)

Simultanés pour hommes et femmes

Type de ménage	Risque suicidaire grave		Dépression		Dépendance alcoolique	
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
Célibataire, sans conjoint	1,98 ***	0,47 **	1,03 ***	0,76 ***	0,12	0,43 **
Divorcé/séparé, sans conjoint	2,51 ***	1,48 ***	1,02 ***	0,80 ***	0,32 **	0,27
Veuf, sans conjoint	2,07 **	0,95 ***	1,85 ***	0,78 ***	0,46 *	-0,27
Célibataire, en couple	0,74 *	0,22	-0,13 ***	0,32 ***	0,16	0,43 **
<i>Marié, en couple</i>	<i>Réf</i>	<i>Réf</i>	<i>Réf</i>	<i>Réf</i>	<i>Réf</i>	<i>Réf</i>
Divorcé ou veuf, en couple	1,44 ***	1,11 ***	0,34	0,31	0,29	0,82 ***
Autres cas	1,79 ***	0,74 *	0,51 **	-0,14	-0,02	-0,23
Nombre d'enfants présents dans le logement						
Aucun	0,53	0,24	0,16	-0,01	-0,06	0,16
Un	0,52	-0,32	0,07	0,12	-0,03	0,18
<i>Deux</i>	<i>Réf</i>	<i>Réf</i>	<i>Réf</i>	<i>Réf</i>	<i>Réf</i>	<i>Réf</i>
Trois et plus	0,56	-0,27	0,19	0,02	0,10	0,04

Champ : Individus avec enfant(s).

Modèles ajustés sur le sexe, l'âge, le diplôme, le revenu du ménage, le statut d'activité, l'état de santé, les événements marquants au cours de l'enfance et de l'année écoulée

Source : Baromètre Santé 2005 pour RSG, Inpes et Enquête Santé 2002-2003 pour la dépression et la dépendance alcoolique, Insee. Exploitation par les auteurs.

Chez les concubines, les enfants ne protègent pas du mal-être de manière générale, mais en détermineraient plutôt l'expression. Si la régulation du mariage a pu se modifier à cause de la modification de l'institution, de l'évolution de la place des femmes dans la société et dans le couple, cet argument ne peut pas être utilisé avec autant de justesse pour les enfants car même si les rapports parents/enfants ont eux aussi évolués, rien ne vient expliquer « l'affaiblissement » des qualités intégratives des enfants. Revenant sur les résultats de Durkheim, Halbwachs (1930) a mis en évidence empiriquement que la protection face au suicide croît avec la présence d'enfants et à mesure que la famille s'agrandit. Il faut alors reposer les termes de la question à la lumière des autres expressions de mal-être. Si la présence des enfants limite les tendances suicidaires mais que ceux-ci ne protègent pas des autres expressions du mal-être alors leur action ne portent pas sur la protection du mal-être en général mais seulement sur l'acte suicidaire réalisé ou envisagé. Cette tautologie apparente permet de penser que, par rapport aux enfants, la spécificité du suicide est leur abandon de fait au conjoint éventuel. Il n'est pas étonnant alors que la présence d'enfants pèse justement de tout son poids pour les femmes ne vivant plus avec leur conjoint, leur suicide les conduisant de fait à laisser leurs enfants en proie à un avenir incertain.

Ces résultats nous conduisent donc à mettre en doute l'hypothèse selon laquelle la plus forte intégration familiale due aux enfants protégerait du suicide. Les enfants constitueraient moins une protection face au suicide qu'une contrainte s'exerçant sur chaque parent. Si le passage à l'acte suicidaire n'est à aucun moment le calcul froidement raisonné des « avantages » et des « inconvénients », néanmoins l'abandon induit par le décès du suicidé intervient nécessairement, de manière plus ou moins consciente et avec plus ou moins de vigueur, dans le geste final. Effectivement, la société condamne fermement l'acte d'abandon de ses propres enfants, celui-ci constitue alors la transgression d'un tabou qui a pour conséquence d'occulter la possibilité même d'envisager le suicide. Les liens de dépendance plus forts, socialement construits, entre la mère et les enfants, l'incorporation des valeurs maternelles de protection de la progéniture, la responsabilité « spécifique » de la mère vis-à-vis de son enfant

rendent encore plus difficile le suicide pour celle-ci. C'est donc cet abandon qui a pour résultat indirect d'éloigner les pères et plus encore les mères du suicide que l'intégration due aux enfants. En termes d'interprétation, les enfants constitueraient alors moins une protection du mal-être qu'une contrainte occultant la voie suicidaire.

* * *

L'écart des taux de suicide entre hommes et femmes ne provient donc pas d'une immunité féminine, quelle que soit la raison avancée pour expliquer celle-ci. La construction sociale du genre montre à quel point, l'incorporation des valeurs inculquées détermine nos réactions même les plus intimes et sur lesquelles nous n'avons qu'une faible prise directe. Les hommes comme les femmes sont tributaires des places sociales qui leurs sont assignées et la forme de la réponse aux tensions dépend des valeurs propres intégrées par chaque sexe. S'attacher au seul suicide comme indicateur de mal-être des individus ou comme révélateur du « bonheur social » et de « l'état de santé » du système social (Durkheim, 1897, p. 225-226) conduit donc à une vision partielle et à des conclusions parfois erronées, en particulier dans la comparaison hommes-femmes. Dès lors, il faut abandonner l'idée d'exhiber une unique expression pertinente du mal-être qui tendrait implicitement à induire la conclusion d'un bénéfice marginal féminin à être socialement dominées.

L'une des idées fausses issues de l'examen du seul suicide concerne les qualités préservatives associées à la plus forte intégration produite par les enfants. Durkheim faisait porter les bénéfices de l'intégration sur la densité de la famille et les sentiments collectifs partagés par ses membres. Nos résultats conduisent à remettre en cause cette analyse car les enfants montrent moins de qualités préservatives vis-à-vis du mal-être que le conjoint. Ils ne sont pas à même de produire les bénéfices relationnels attendus, indiqués par Émile Durkheim et Maurice Halbwachs, même si à travers l'interdit social de l'abandon, leur présence a effectivement pour corollaire d'occulter la voie suicidaire. De ce fait, au sein de la famille nucléaire, la nature ou la qualité de l'interaction avec ses membres importe plus que « la densité » du groupe familial, et partant, de la densité des interactions. Parce que les qualités préservatives proviennent davantage des interactions de soutien que de contrainte, la charge induite par la présence d'enfants dans le foyer, concentrée essentiellement sur leur mère, tendrait à annuler l'aspect positif des relations parent-enfants. La relative protection des mères chefs de famille monoparentale due à leurs enfants enseigne que les bénéfices des relations avec nos proches sont aussi dépendants des configurations relationnelles car la présence d'un conjoint annule les profits tirés des enfants. Les configurations relationnelles viennent modifier le jeu des relations entre les acteurs et les bénéfices respectifs que chacun en retire. Au final, ce serait moins l'intégration due à la « société familiale » qui détiendrait les vertus protectrices du mal-être que l'intégration due au couple. De même, la qualité des relations conjugales revêt en réalité bien plus d'importance que le fait d'être en couple. En effet, rester marié, lorsque la relation de couple est jugée insatisfaisante, est plus néfaste en terme de santé mentale que de vivre durablement seul ou d'être séparé (Gove *et alii.*, 1983 ; Ross, 1995 ; Williams, 2003). Durkheim faisait dépendre les effets bénéfiques de la plus forte intégration, c'est-à-dire de la plus grande intensité de la vie collective. En restant sur la définition durkheimienne de l'intégration, l'état actuel de la recherche et nos conclusions témoignent de l'importance de la « qualité » de la relation familiale. Mais « qualité » ne doit pas être pris dans le sens étroit de bonnes relations. Ainsi, ce n'est pas tant la « profondeur » des relations qui semble en jeu — les relations peuvent être profondes avec les parents âgés et handicapés dont les individus ont la charge — mais du type de la relation menée, de support ou de contrainte. En tenant compte des remarques précédentes et en paraphrasant la théorie de Baudelot et Establet du concept d'intégration, nous la modifierons par : la protection dont bénéficie un individu à l'égard du

mal-être est fonction de la « qualité » des relations qu'il noue avec ses proches, et particulièrement le conjoint, au sein d'une configuration familiale donnée.

BIBLIOGRAPHIE

- AÏACH P., 2001. « Femmes et hommes face à la mort et à la maladie, des différences paradoxales », dans : Aïach P., Cèbe D., Cresson G., Philippe C. (dir.), *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*, Rennes, Éditions ENSP (Coll. Recherche Santé Social), pp. 117-147.
- AMAR E., BALSAN D., 2004. « Les ventes d'antidépresseurs entre 1980 et 2001 », *Études et Résultats*, DREES, n° 285.
- ANESHENSEL S., RUTTER C.M., LACHENBRUCH P.A., 1991. « Social Structure, Stress, and Mental Health : Competing Conceptual and Analytic Models », *American Sociological Review*, 56, 2, pp. 166-178.
- ARIÈS P., 1960. *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*, Paris, Plon.
- BADEYAN G., PARAYRE C., MOUQUET M.-C., TELLIER S., DRAGOS S. et ELLENBERG E., 2001. « Suicides et tentatives de suicide en France. Une tentative de cadrage statistique », *Études et résultats*, DREES, n° 109.
- BAUDELLOT Ch. et ESTABLET R., 2006. *Suicide. L'envers de notre monde*, Paris, Seuil.
- 1984. *Durkheim et le suicide*, 6^e éd. 2002, Paris, PUF (Coll. Philosophie).
- BAUDELLOT C., GOLLAC M. avec BESSIÈRES C., COUTANT I., GODECHOT O., SERRE D. et VIGUIER F., 2003. *Travailler pour être heureux ? Le bonheur et le travail en France*, Paris, Fayard.
- BECK F., LEGLEYE S., DE PERETTI G., 2006. « L'alcool donne-t-il un genre ? », *Travail, genre et sociétés*, 15, pp. 141-160.
- BELOTTI E. G., 1974. *Du côté des petites filles*, Paris, Des Femmes.
- BENTHAM J., 1834. *Déontologie ou Science de la morale*, Paris, Charpentier [ouvrage posthume revu, mis en ordre et publié par J. Bowring].
- BOURDIEU P., 1998. *La domination masculine*, Paris, Seuil (Coll. Liber).
- BRACONNIER A., 1996. *Le sexe des émotions*, Paris, Odile Jacob.
- BROWN S.L., 2000. « The Effect of Union Type on Psychological Well-being : Depression Among Cohabitators Versus Married », *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 3, pp. 241-255.
- BUTLER J., 2005. *Trouble dans le genre. Pour un féminisme de la subversion*, Paris, La Découverte.
- CANOÛI-POITRINE F., MOUQUET M.C. avec COM-RUELLE L., 2005. « Le risque d'alcoolisation excessive : des écarts entre les déclarations des patients et l'avis des médecins », *Études et Résultats*, DREES, n° 405.
- CLARK A.E., 1997. « Job Satisfaction and Gender: Why are Women so Happy at Work ? », *Labour economics*, 4, 4, pp. 341-372.
- CHOQUET M. MENKE H., LEDOUX S., MANFREDI R., 1993. « Les troubles du comportement parmi les 13-16 ans selon la zone d'habitation. Approche épidémiologique », *Population*, 48, 1, pp. 63-81.

- CLÉMENT S., MEMBRADO M., 2001. « Des alcooliques pas comme les autres ? La construction d'une catégorie sexuée », dans : Aïach P., Cèbe D., Cresson G., Philippe C. (dir.), *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*, Rennes, Éditions ENSP (Coll. Recherche Santé Social), pp. 51-74.
- DAVIDSON F., 1986. « Conclusions » dans : Davidson F., Philippe A. (dir.), *Suicide et tentatives de suicide aujourd'hui. Étude épidémiologique*, Paris, INSERM (Collection Grandes enquêtes en santé publique et épidémiologie), pp. 149-157.
- DAVIDSON F., PHILIPPE A., 1986. « Les tentatives de suicide » dans : Davidson F., Philippe A. (dir.), *Suicide et tentatives de suicide aujourd'hui. Étude épidémiologique*, Paris, INSERM (Collection Grandes enquêtes en santé publique et épidémiologie), pp. 33-68.
- DELBÈS C., GAYMU J., 2004. « La retraite quinze ans après », *Les cahiers de l'INED*, Paris, INED, n° 154.
- DOHRENWEND B.P., DOHRENWEND B.S., 1976. « Sex differences in Psychiatric Disorders », *American Journal of Sociology*, 81, 6, pp. 1447-1454.
- DURKHEIM É., 1897. *Le suicide. Étude de sociologie*, 9^e éd. 1997, Paris, PUF (Coll. Quadrige).
- EHRENBERG A., 1998. *La Fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob.
- ELIAS N., 1939a. *La Civilisation des mœurs*, trad. fr. 1973, rééd. 1991, Paris, Calmann-Lévy, (Coll. Pluriel).
- ELIAS N., 1939b. *La dynamique de l'Occident*, trad. fr. 1975, rééd. 1990, Paris, Calmann-Lévy (Coll. Agora Pocket).
- FREUD S., 1915. « Deuil et mélancolie », *Métapsychologie*, trad. fr. 1968, Paris, Gallimard, pp. 145-171.
- GIDDENS A., 2004. *La transformation de l'intimité*, rééd. 2006, Paris, Hachette Pluriel Référence (Coll. Pluriel).
- GOLDBERG H., 1976. *The Hazards of Being Male: Surviving the Myth of Masculine Privilege*, New York, New American Library.
- GOVE W.R., HUGHES M., BRIGGS STYLE C., 1983. « Does Marriage Have Positive Effects on the Psychological Well-being of the Individual ? », *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 1, pp. 122-131.
- HALBWACHS M., 1930. *Les causes du suicide*, rééd. 2002, Paris, PUF (Coll. Le lien social).
- 1947. « L'expression des émotions et la société », *Échanges sociologiques*, Paris, Centre de documentation universitaire.
- HORWITZ A.V., WHITE H.R., 1998. « The Relationship of Cohabitation and Mental Health : A Study of Young Adult Cohort », *Journal of Marriage and the Family*, 60, 2, pp. 505-514.
- 1991. « Becoming Married, Depression and Alcohol Problems Among Young Adults », *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 3, pp. 221-237.
- HORWITZ A.V., WHITE H.R., HOWELL-WHITE S., 1996. « The Use of Multiple Outcomes in Stress Research : A case Study of Gender Differences in Responses to Marital Dissolution », *Journal of Health and Social Behavior*, 37, 3, pp. 837-857.
- INSTITUT NATIONAL DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ, 2006. *Baromètre santé 2005. Premiers résultats*, Philippe Guilbert et Arnaud Gautier (dir.), Saint-Denis, Éditions Inpes.
- JASPARD M. et l'équipe ENVEFF, 2001. « Violences envers les femmes : une reconnaissance tardive » dans *L'état de la France 2001-2002*, Paris, La Découverte, pp. 76-79.
- LE BRETON D., 1998. *Les passions ordinaires. Anthropologie des émotions*, rééd. 2004, Paris, Payot & Rivages (Coll. Petite bibliothèque Payot).

- LEMPERIERE T. (dir.), 2000. *Dépression et suicide*, Paris, Masson (Coll. Programme de recherche et d'information sur la dépression).
- LE PAPE A., LECOMTE T., 1999. « Prévalence et prise en charge médicale de la dépression en 1996-1997 », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 21.
- LEROUX I., MORIN T., 2006. « Facteurs de risque des épisodes dépressifs en population générale », *Études et résultats*, DREES, n° 545.
- LHOMOND B., SAUREL-CUBIZOLLES M.J., 2003. « Orientation sexuelle, violences envers les femmes et santé. Résultats de l'enquête sur les violences envers les femmes en France », dans : Broqua C., Lert F., Souteyrand Y. (dir.) *Homosexualités au temps du SIDA : tensions sociales et identitaires*, Paris, ANRS, pp. 107-130.
- LOVELL A., FUHRER R., 1996. « Trouble de la santé mentale. La plus grande « fragilité » des femmes remise en cause », dans : Saurel-Cubizolles M.J, Blondel B. (dir.), *La santé des femmes*, Paris, Flammarion (Coll. Médecine-sciences), pp. 252-283.
- MACINTYRE S., FORD G., HUNT K., 1999. « Do women "over-report" morbidity ? Men's and women's responses to structured prompting on a standard question on long standing illness. », *Social Science & Medicine*, 48, 1, pp. 89-98.
- MARCEL J.C., 2000. « Halbwachs et le suicide : de la critique de Durkheim à la fondation d'une psychologie collective », dans : Borlandi M., Cherkaoui M. (dir.), *Le suicide un siècle après Durkheim*, Paris, PUF, pp. 147-184.
- MEAD M., 1935. « Trois sociétés primitives de Nouvelle-Guinée », *Mœurs et sexualité en Océanie*, trad. fr. 1963, Paris, Plon (Coll. Terre Humaine).
- MOUQUET M.C., BELLAMY V., CARASCO V., 2006. « Suicides et tentatives de suicide en France », *Études et résultats*, DREES, n° 488.
- PERETTI-WATTEL P., 2003. « Interprétation et quantification des prises de risque délibérés », *Cahiers internationaux de sociologie*, 114, pp. 125-141.
- PAUGAM S., 2005. *Les formes élémentaires de la pauvreté*, Paris, PUF (Coll. Le Lien social).
- QIN P., MORTENSEN P.B., AGERBO E., WESTERGARD-NIELSEN N., ERIKSSON T., 2000. « Gender differences in risk factors for suicide in Denmark », *The British Journal of Psychiatry*, 177, pp. 546-550.
- ROBERT P., AUBUSSON DE CAVARLAY B., POTTIER M.-L., TOURNIER P., 1994. *Les comptes du crime. Les délinquances en France et leurs mesures*, Paris, L'Harmattan.
- ROSS C.E., 1995. « Reconceptualizing Marital Status as a Continuum of Social Attachment », *Journal of Marriage and the Family*, 57, 1, pp. 129-140.
- ROSS C.E., MIROWSKY J., GOLDSTEEN K., 1990. « The impact of the Family on Health : The Decade in Review », *Journal of Marriage and the Family*, 52, 4, pp. 1059-1078.
- SCHOPENHAUER A., 1818. *Le monde comme volonté, le monde comme représentation*, rééd. 1998, Paris, PUF.
- SIMON R.W., 2002. « Revisiting the Relationship among Gender, Marital Status, and Mental Health », *American Journal of Sociology*, 107, 4, pp. 1065-1096.
- SINGLY DE F., 1987. *Fortune et infortune de la femme mariée*, éd. 2003, Paris, PUF (Coll. Quadrige).
1012.
- TOCQUEVILLE A., 1840. *De la Démocratie en Amérique*, tome 2, éd. 1951, Paris, Éditions M.-Th. Génin, Librairie de Médecis.

- UMBERSON D., CHEN M.D., HOUSE J.S., HOPKINS K., SLATEN E., 1996. « The Effect of Social Relationships on Psychological Well-being: Are Men and Women Really So Different ? », *American Sociological Review*, 61, 5, pp. 837-857.
- UMBERSON D., WORTMAN C.B, KESSLER R.C, 1992. « Widowhood and depression: explaining long-term gender differences in vulnerability », *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 1, pp. 10-24.
- VERDIER E., FIRDION J.M., 2003. *Homosexualités et suicide : les jeunes face à l'homophobie*, Montblanc, H&O éditions.

ANNEXE – Les 20 questions du CES-D

Durant la semaine écoulée,

- (1) vous avez été contrarié par des choses qui d'habitude ne vous dérangent pas
- (2) vous n'avez pas eu envie de manger, vous avez manqué d'appétit
- (3) vous avez eu l'impression de ne pas pouvoir sortir du cafard, même avec l'aide de votre famille et de vos amis
- (4) vous avez eu le sentiment d'être aussi bien que les autres
- (5) vous avez eu du mal à vous concentrer sur ce que vous faisiez
- (6) vous vous êtes senti déprimé
- (7) vous avez eu l'impression que toute action vous demandait un effort
- (8) vous avez été confiant en l'avenir
- (9) vous avez pensé que votre vie était un échec
- (10) vous vous êtes senti craintif
- (11) votre sommeil n'a pas été bon
- (12) vous avez été heureux
- (13) vous avez parlé moins que d'habitude
- (14) vous vous êtes senti seul
- (15) les autres ont été hostiles avec vous
- (16) vous avez profité de la vie
- (17) vous avez eu des crises de larmes
- (18) vous vous êtes senti triste
- (19) vous avez eu l'impression que les gens ne vous aimaient pas
- (20) vous avez manqué d'entrain