

CONTRADICTIONS APPARENTES DANS LES EXPRESSIONS DU MAL-ETRE.

Genre, suicide, risque suicidaire, dépression et dépendance alcoolique.

Anne-Sophie Cousteaux, Crest-LSQ et OSC
Jean-Louis Pan Ké Shon, Ined

Les Lundis de l'Ined, 27 novembre 2006

Version provisoire – Ne pas citer - Commentaires bienvenus

RESUME

Dans *Le suicide*, Émile Durkheim a pu montrer que les hommes se suicidaient toujours plus que les femmes et cela quel que soit leur statut matrimonial mais qu'ils profitaient relativement plus du mariage que les femmes. En se basant sur les seules statistiques du suicide, on aurait pourtant tort de conclure que les femmes, bien que dominées, bénéficieraient d'un avantage marginal à cette domination qui se traduirait par un bien-être supérieur aux hommes, se matérialisant par leur plus faible taux de suicide. Le suicide représente une forme radicale de mal-être et un indicateur qui porte en lui ses spécificités. Ainsi, les risques suicidaires ou la dépression touchent en priorité les femmes alors que le suicide et la dépendance alcoolique sont principalement masculins montrant par là que chaque genre emprunte des voies d'expression différentes du mal-être. Dès lors, il nous semble difficile de soutenir l'hypothèse d'une meilleure protection des femmes grâce leur intégration familiale plus forte (Baudelot et Establet, 1984 ; 2006) car cette insertion serait alors inefficace envers les tentatives de suicide, les risques suicidaires et la dépression. Cette contradiction apparente entre ces divers indicateurs de mal-être indique que chaque indicateur porte en lui ses spécificités et il y aurait alors un risque d'interprétation erronée à se focaliser sur un seul d'entre eux. Si les divergences entre ces indicateurs montrent les singularités des diverses voies d'expression du mal-être et dévoilent des populations spécifiques, à l'inverse leurs convergences viennent nous confirmer la solidité des observations au-delà des particularités des marqueurs utilisés. A partir de l'enquête santé 2002 et du Baromètre santé 2005, nous testons l'hypothèse d'une expression genrée du mal-être à partir d'analyses multivariées autorisées par ces sources. Nous nous attachons ensuite à la question du bénéfice différentiel genré au mariage en tenant compte de l'affaiblissement de l'institution matrimoniale et du développement de nouvelles formes familiales.

SUICIDE ET GENRE

Les hommes se suicident plus que les femmes. Rares sont les constats qui présentent une telle régularité en sociologie. La sur-suicidité masculine est un fait établi depuis les premières études parues au 19^{ème} siècle et s'observe quasiment dans tous les pays à l'exception notable de la Chine (Baudelot & Establet, 2006). Initiée timidement par Durkheim, la tradition d'analyse des différences de genre dans le suicide a pourtant délaissé l'explication de cet écart fondamental entre hommes et femmes pour s'intéresser à l'antagonisme des intérêts des deux sexes au mariage.

Malgré une analyse systématiquement sexuée dans l'examen du statut matrimonial, Durkheim s'attarde peu sur les raisons qui expliqueraient le différentiel genré de ce « penchant au suicide ». Il avance rapidement la moindre participation des femmes à la vie sociale comme l'une des raisons de leur immunité face au suicide et préfère s'attacher à la question du bénéfice différentiel du mariage pour les hommes et les femmes. Il montre que « la société conjugale » formée par les époux bénéficie prioritairement aux hommes. Constatant que les femmes mariées sans enfant se suicident davantage que les femmes célibataires, il précise « ...par elle-même la société conjugale nuit à la femme et

aggrave sa tendance au suicide » (Durkheim, 1897, p. 196¹). La préservation relative des femmes ne serait assurée que par la présence conjointe d'enfants et donc par l'intégration² de la « société domestique » plus que par le mariage. L'antagonisme des intérêts de chaque membre du couple apparaît clairement dans l'effet opposé de la pratique du divorce sur le mariage. L'instauration du divorce réduit le coefficient de préservation au suicide des hommes mariés par rapport aux personnes non mariées, en revanche, elle augmente la protection des femmes mariées. Durkheim échoue cependant dans son explication de la régulation matrimoniale excessive des femmes en avançant une théorie naturalisant les désirs sexuels masculin et féminin.

En lecteur sourcilleux du *Suicide*, Besnard revient sur cette « théorie inachevée » et met en exergue le suicide fataliste³ des femmes mariées en raison des fortes attentes sociales attachées aux rôles féminins dans le mariage : « ...en réalité ce ne sont pas seulement les femmes mariées sans enfants (quantité négligeable aux yeux de Durkheim) mais bien les femmes mariées dans leur ensemble qui subissent les conséquences d'une réglementation excessive, même si la présence d'enfants vient compenser en partie l'effet néfaste de la discipline matrimoniale » (Besnard, 1973, p. 41). Mais, comme Durkheim, il ne cherche pas à expliquer l'immunité féminine avouant même son « impuissance à imaginer une interprétation sociologique plausible. » (Besnard, 1987, p. 138) Si l'antagonisme des intérêts masculin et féminin au sein de la société conjugale est une question cruciale, il n'en reste pas moins que le désavantage des femmes mariées ne peut logiquement expliquer leur plus grande immunité face au suicide. L'effet du mariage n'introduit que des différences relatives et limitées au sein de deux populations entre lesquelles l'écart absolu initial est d'une toute autre ampleur.

C'est d'abord la question de l'immunité féminine face au suicide, première différence entre hommes et femmes, que Baudelot et Establet ont à l'esprit quand ils formulent l'hypothèse d'une protection des femmes 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) Cette hypothèse s'inscrit dans une théorie des identités sexuées différenciées à partir des rôles masculin et féminin – fils, fille, époux, épouse, père, mère – et de valeurs socialement construites (Dubar, 1987). Comme le fait remarquer Besnard dans son débat avec Dubar (Besnard 1987, Dubar 1987), cette hypothèse reviendrait alors à considérer que les femmes, bien que dominées, bénéficieraient d'un avantage marginal à cette domination, avantage matérialisé par leur plus faible taux de suicide. Il suffit cependant d'examiner d'autres expressions de mal-être, telles les tentatives de suicide ou la dépression, pour mettre en doute le bien fondé de cette affirmation. Car leur plus forte intégration familiale les protégerait donc du suicide mais s'avèrerait inefficace face à d'autres formes moins radicales du mal-être.

Les divergences entre ces deux positions, celle de Durkheim et Besnard d'une part, et celle de Baudelot, Establet et Dubar d'autre part, ne sont certainement pas aussi indépassables qu'il n'y paraît. En réalité, leur opposition provient du fait que chacune de ces conceptions répond à des questions complémentaires mais différentes en mettant respectivement l'accent, soit sur le bénéfice différentiel du mariage, soit sur l'immunité des femmes face au suicide. De fait, en adoptant une problématique de

¹ Les numéros de page se rapportent à la version de 1997 (9^{ème} édition) publiée aux PUF

² Durkheim définit l'intégration familiale comme les interactions avec le conjoint et les enfants et la régulation matrimoniale comme une modération des passions (Steiner, 1994, p.44-47).

³ Décrit dans une simple note de bas de page, le suicide fataliste revêt peu d'importance aux yeux de Durkheim, puisqu'il concernerait, selon lui, uniquement les femmes mariées sans enfant et les « époux trop jeunes. » Dans sa typologie, le suicide fataliste est le pôle opposé du suicide anémique. Il résulte d'un excès de réglementation. C'est, notamment, le suicide commis par ceux dont les perspectives d'avenir paraissent irrémédiablement fermées (Besnard, 1987b).

genre qui unifie le problème, ces deux questions demandent certes à être traitées mais séparément. Pour cela, la comparaison du suicide avec d'autres expressions de mal-être, comme le risque suicidaire, la dépression et la dépendance alcoolique, nous paraît une voie fructueuse en ce qu'elle invite à relativiser la protection des femmes et à vérifier si le bénéfice masculin au mariage est confirmé à partir d'autres indicateurs de mal-être.

DES EXPRESSIONS GENREES DU MAL-ETRE

Le suicide constitue la forme la plus radicale du mal-être. Face à une situation insupportable, l'individu choisit de se donner la mort, solution qui lui apparaît alors comme la seule possible pour mettre un terme à sa souffrance. Le mal-être peut cependant s'exprimer de diverses manières. 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.186⁴) Si les Américains se suicident peu, ce n'est donc pas en raison d'un plus grand bien-être. 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 à leurs yeux. Le mal-être emprunte alors une autre voie, celle de la maladie mentale, sur laquelle la religion n'a pas de prise directe. Ainsi, le suicide comporte ses propres spécificités. Certains facteurs protecteurs du suicide, comme la religion, ne sont pas pour autant protecteur du mal-être de manière plus générale. Il est tentant de transposer l'exemple donné par Tocqueville au cas des hommes et des femmes. Le suicide ou la dépendance alcoolique sont principalement masculins, mais les tentatives de suicide, le risque suicidaire ou la dépression touchent en priorité les femmes. 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 que chacune de ces expressions comporte ses spécificités, dont l'une est de genre.

Dès lors, il y a un risque d'interprétation erronée à se focaliser sur une seule d'entre elles. Une situation d'anomie⁵ peut, par exemple, provoquer différents comportements déviants. Durkheim considère que le choix du suicide ou de l'homicide tient uniquement à la psychologie de l'individu, indépendamment de ses caractéristiques sociales (Durkheim, 1897, p.322). Deux psychosociologues, Henry et Short (1954), reprennent cette question de la préférence individuelle pour le suicide ou l'homicide. Lors de crises économiques, le suicide a tendance à augmenter au sein de la population blanche, tandis que l'homicide devient plus fréquent chez la population noire. Une étude qui se baserait uniquement sur le suicide conclurait donc que les blancs seraient plus désavantagés car ils semblent plus sensibles que les noirs à l'aggravation des conditions économiques. L'analyse de l'homicide aboutirait à des résultats exactement opposés. Seule l'étude simultanée des deux phénomènes permet, par conséquent, d'appréhender l'effet des conditions économiques à la fois sur les blancs et sur les noirs de façon satisfaisante (cité par Horwitz, 2002). Se limiter à une seule expression, comme le suicide, renseigne donc davantage sur cet indicateur particulier que sur l'impact des caractéristiques sociales 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 spécifiquement masculines et d'autres spécifiquement féminines (Aneshensel et al., 1991 ; Horwitz, Davies, 1994 ; Horwitz, White, Howell-White, 1996 ; Simon 1998 ; Simon 2002 ; Umberson, Wortman, Kessler, 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. 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 aux substances psychoactives et des comportements

⁴ Les numéros de page se rapportent à la version de 1951 publiée aux Editions M-Th Génin

⁵ L'anomie correspond à un défaut de réglementation, à un effondrement du système normatif.

antisociaux. Nous proposons alors de réexaminer les résultats du suicide, la protection des femmes liée à leur plus grande intégration familiale et le bénéfice différentiel du mariage, à l'aune de trois autres expressions du mal-être, moins radicales mais tout aussi « genrées » : le risque suicidaire grave, la dépression et la dépendance alcoolique.

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 – notamment la répugnance des femmes au recours à des formes violentes – mais également les liens de dépendance plus forts (construits socialement) entre la mère et les enfants qui rendent difficile le suicide. Car l'une des conséquences du suicide des parents, et particulièrement des mères, est l'abandon de fait de leur enfant à un avenir incertain. Au moment où l'acte est envisagé, ce fait doit peser de tout son poids dans la décision finale. Allons plus loin, pour la plupart des mères, l'acte ne serait tout simplement pas envisageable à cause de la présence des enfants. Par ailleurs, 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. Dans ce cas, il serait judicieux de se demander pour quelles raisons les femmes choisissent assez systématiquement des moyens inefficaces. 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). 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. Elle recouvre davantage la demande désespérée d'une prise en charge d'un malaise devenu envahissant que l'intention de se donner la mort. En effet, « *rien ne prouve l'intention, rien ne prouve que la victime ait su que son acte devrait produire la mort, si ce n'est qu'elle l'a exécuté jusqu'au bout* » (Halbwachs, 1930, p. 66⁶)

Suicide et tentative sont donc deux expressions distinctes du mal-être, la première masculine, la seconde féminine. A cet égard, on peut noter que sur un nombre estimé et redressé⁷ à 13 000 suicides et 195 000 tentatives en 2002 (Mouquet, Bellamy, Carasco, 2006), les trois quarts des suicides sont masculins, quand les tentatives féminines sont deux fois plus fréquentes que les tentatives masculines (Badeyan et al., 2001 ; Mouquet, Bellamy, Carasco, 2006). Les tentatives sont 15 fois plus nombreuses que les suicides accomplis, comme nous pouvons le constater ce sont des ordres de grandeur incomparables qui confirment la séparation de ces deux phénomènes.

De même, la dépression peut être vue comme un mal-être interne, s'exprimant dans la sphère privée, réservée traditionnellement aux femmes. A l'inverse, l'alcoolisme correspond davantage à une extériorisation du mal-être, compatible avec le rôle public des hommes. Ces oppositions entre interne/externe, privé/public, et donc entre féminin/masculin, transparaissent d'ailleurs clairement dans la représentation sociale de l'alcoolisme féminin, comme une pratique solitaire et clandestine dont la névrose serait la cause (Clément & Membrado, 2001).

En outre, l'hypothèse qui permet de réduire la contradiction entre suicide et dépendance alcoolique des hommes d'une part, et risque suicidaire grave et dépression des femmes d'autre part, est qu'il y aurait une expression genrée du mal-être. La construction sociale du genre serait alors à l'origine des différences observées. Aux hommes, correspondrait l'extériorisation du malaise par la violence, la transgression de la loi, le défi, les comportements à risque, 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. Aux femmes, reviendrait la gestion du domestique, des enfants, des relations, les qualités de douceur et de finesse, la réalisation de soi par la réussite familiale au travers de la mise en couple et de la possession d'enfant (notamment Belotti,

⁶ Les numéros de page se rapportent à la version de 2002 publiée aux PUF, collection « Lien social »

⁷ La sous déclaration a été estimée aux alentours de 20 % à 25 %, le redressement pour 2003 porterait le chiffre de 10 660 suicidés à environ 13 000 (Mouquet, Bellamy, Carasco, 2006).

1974 ; Bourdieu, 1998 ; De Singly, 1987 ; Baudelot & Gollac, 2003). Le mal-être des individus s'exprimerait au travers de comportements socialement conformes au genre auquel ils appartiennent.

Si les divergences entre ces indicateurs montrent les singularités des diverses voies d'expression du mal-être et dévoilent des populations spécifiques, leurs convergences, à l'inverse, viennent nous rappeler la solidité des observations enregistrées. Dans la sociologie de la santé mentale, comme dans celle du suicide, la question des différences de genre a souvent été abordée sous l'angle du bénéfice différentiel du mariage. La famille protège ses membres, elle est en même temps le lieu privilégié des inégalités entre hommes et femmes. L'avantage masculin au mariage mis en évidence par Durkheim sur le suicide et confirmé par Besnard (1997), persiste-t-il à l'examen d'autres expressions du mal-être, notamment dans le cadre de l'affaiblissement de l'institution matrimoniale et du développement de nouvelles formes familiales ?

BENEFICE DIFFERENTIEL DU MARIAGE ET AFFAIBLISSEMENT DE L'INSTITUTION MATRIMONIALE

Depuis les travaux de Gove, la question du bénéfice différentiel du mariage domine le champ des études sociologiques sur les différences de genre en santé mentale. Par comparaison aux individus non mariés de chaque sexe, les hommes mariés souffrent moins de maladie mentale que les femmes mariées. Inversement, les femmes célibataires semblent moins sujettes aux troubles psychologiques que les hommes célibataires. Le mariage aurait donc un effet protecteur pour la santé mentale des hommes, alors qu'il s'avérerait être une charge pour les femmes (Gove, 1972b). Cette différence proviendrait des rôles traditionnels masculin et féminin au sein de la société conjugale. Le rôle domestique incombant aux femmes, auquel s'ajoute une faible satisfaction professionnelle pour les femmes actives, serait à l'origine d'une plus grande frustration chez les femmes (Gove & Tudor, 1973). Outre le choix critiquable des névroses, plus fréquentes chez les femmes, comme seule approximation de la santé mentale (Dohrenwend & Dohrenwend, 1976), la théorie de Gove et Tudor repose sur une analyse des rapports sociaux de sexe datée du début des années 1970, c'est-à-dire à une époque antérieure au développement de l'activité féminine salariée et de l'affaiblissement de l'institution matrimoniale actuelle.

La famille a connu de profonds bouleversements depuis la fin des années 1960 : développement de l'union libre, recul de l'âge au premier mariage et au premier enfant, augmentation des naissances hors mariage, accroissement de la divortialité corrélative à l'instauration du divorce par consentement mutuel, etc. (Roussel, 1989) Ces évolutions matrimoniales ne peuvent être sans conséquence. Déjà Durkheim entrevoyait que « *le mariage favorise d'autant plus la femme du point de vue du suicide que le divorce est plus pratiqué* » (Durkheim, 1897, p. 302) De plus, le développement de l'activité féminine salariée a contribué à redéfinir les rapports de pouvoir entre les deux conjoints. Le mariage n'exerce plus actuellement les mêmes contraintes, notamment sur les femmes, puisqu'il constitue une forme d'union, certes la plus répandue, mais parmi d'autres couramment pratiquées (PACS, union libre) et lorsqu'il est conclu, c'est avec la conscience qu'il peut être interrompu. En raison de l'affaiblissement de l'institution matrimoniale, les protections auparavant liées au mariage sur la suicidité s'en trouvent affectées sans qu'elles aient disparues pour autant (Besnard, 1997 ; Surault, 1995) Ainsi, des études récentes examinant la dépression et la dépendance alcoolique montrent que le mariage a une influence psychologique positive pour les deux sexes (Horwitz et al., 1996 ; Simon, 2002). Le mariage ne désavantage donc plus autant les femmes que par le passé, même si les hommes peuvent continuer à en tirer de plus grands bénéfices.

En raison de ces profonds changements familiaux, l'analyse en termes de statut matrimonial peut sembler quelque peu dépassée car ces statuts sont devenus plus hétérogènes. Les célibataires regroupent des personnes seules qui n'ont jamais vécu en couple, des couples en union libre, des personnes séparées ; les mariés, des couples avec ou sans enfant ; les divorcés, des hommes seuls et des femmes en famille monoparentale. En termes de santé, les couples mariés vivant avec ou sans enfant sont généralement les plus favorisés, tandis que les mères chefs de famille monoparentale apparaissent particulièrement désavantagées. L'effet du statut matrimonial sur la santé dépend donc

moins de son aspect de statut juridique et administratif que de celui du type de ménage effectif dans lequel l'individu est inséré (Hughes & Waite, 2002). Les données du suicide ne comporte malheureusement que le statut matrimonial, en revanche les informations sur la vie en couple et la présence d'enfants, et donc sur les nouvelles formes familiales (union libre, famille monoparentale...), sont disponibles pour les autres expressions du mal-être.

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 dans le mal-être vise à répondre principalement aux questions suivantes. Si les différentes expressions du mal-être sont fondamentalement genrées, suivant la répartition que nous avons déjà précisée, 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. Ceci devrait s'observer quelque soit l'âge ou la situation familiale. Par ailleurs, compte tenu de l'effet bénéfique du mariage, les individus mariés devraient s'écarter le plus du mal-être. 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. De même, une fois contrôlé du caractère genré des expressions du mal-être, les hommes devraient souffrir davantage des ruptures conjugales que ce soit par veuvage ou par divorce.

DONNEES ET METHODES

Pour cela, trois sources de données individuelles sont mobilisées : le fichier des causes de décès de 2003 pour le suicide, le Baromètre santé 2005 de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) pour le risque suicidaire et l'enquête Santé 2002-2003 de l'INSEE pour la dépression et la dépendance alcoolique.

Les données sur le suicide sont issues de deux sources administratives qui sont fusionnées, les certificats de décès et l'État civil et représentent une base d'environ 11 000 suicides parmi 500 000 décès. Ces sources n'ont pas vocation initiale à servir aux études démographiques, épidémiologiques ou sociologiques. Elles ne détiennent que peu d'informations sociodémographiques, ce qui limite fortement les possibilités d'analyses statistiques. Pour cette raison, nous présenterons uniquement les taux de suicide selon le statut matrimonial et l'âge pour les hommes et les femmes, puis nous calculerons, comme Durkheim, le coefficient d'aggravation des non mariés par rapport aux époux de chaque sexe.

Le Baromètre Santé de l'Inpes dispose d'un effectif d'environ 30 500 personnes interrogées par téléphone entre octobre 2004 et février 2005 (Inpes, 2006). Il contient les informations permettant de déterminer les personnes possédant un risque suicidaire grave. Il est défini ici par les réponses positives à chacune des deux questions : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pensé au suicide ? », « Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ? ».

Les données sur la dépression et les problèmes d'alcool proviennent de l'enquête Santé 2002-2003. Cette enquête sur l'état de santé et la consommation de soins de la population française est menée tous les dix ans par l'INSEE. Elle offre, en particulier, d'importantes possibilités d'étudier l'état de santé selon les caractéristiques socio-démographiques des ménages et des individus. Plus de 15 000 ménages, ce qui correspond à 35 000 individus, ont été interviewés à trois reprises entre octobre 2002 et septembre 2003. Contrairement aux précédentes enquêtes, le questionnement est strictement individuel pour les adultes aptes à répondre. L'enquête Santé 2002-2003 assume clairement son caractère déclaratif tout en intégrant des questionnaires internationalement validés et utilisés dans les études épidémiologiques. A la fin de la première visite, un auto-questionnaire individuel est remis aux enquêtés de 18 ans et plus (n= 25 000). Nous avons conservé tous les auto-questionnaires des individus âgés de 18 à 74 ans pour lesquels les parties dépression et alcool avaient été considérées comme exploitables par l'INSEE, soit un échantillon de 19 896 individus. Au travers de 20 questions couvrant pour la plupart les critères inclus dans le diagnostic de la dépression, l'échelle CES-D vise à identifier la présence de symptômes pré-dépressifs et à en évaluer la sévérité. Il

est d'usage de considérer qu'au-delà d'un score de 23 sur cette échelle, l'individu présente des syndromes dépressifs avérés. Les problèmes d'alcool ont été mesurés à partir du questionnaire DETA, censé repérer les individus présentant des risques de dépendance (cf. Annexe).

Contrairement aux données sur le suicide, celles sur le risque suicidaire, la dépression et les problèmes d'alcool permettent de mener des analyses multivariées de type logistique. Les variables introduites sont l'âge, le sexe, le type de ménage, la position socio-économique (diplôme, statut d'activité et revenu du ménage), l'état de santé (invalidité ou handicap), et les événements marquants survenus au cours de l'enfance ou de l'année écoulée (le veuvage ou le divorce, en particulier) dont on connaît le lien avec les états dépressifs (Menahem, 1992). Ces informations, sans être parfaitement harmonisées entre les deux sources, sont néanmoins suffisamment proches pour autoriser la comparaison des différents indicateurs de mal-être. Les modèles logistiques, établis pour chaque risque, évaluent simultanément les risques des hommes et des femmes en croisant chaque variable indépendante avec le sexe afin de mettre à jour d'éventuels effets contradictoires. Par cette méthode, il est ainsi possible d'évaluer la significativité des différences entre les paramètres des hommes et des femmes.

CONTRADICTIONS APPARENTES DANS LES EXPRESSIONS DU MAL-ETRE

En 2003, les hommes continuent à se suicider toujours plus que les femmes, le taux de suicide des femmes 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 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 affirmait que « 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. Mais on notera néanmoins que 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 procréé, ce qui tendrait à prouver que la sur-protection féminine n'est pas attachée uniquement aux enfants (Tableau 1).

Tableau 1 - Taux de suicide selon le statut matrimonial et l'âge
Pour 100 000 habitants

	Célibataire		Marié		Veuf		Divorcé	
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
15 - 24 ans	12,4	3,6	17,5	5,0	-	-	-	-
25 - 34 ans	30,0	8,9	15,2	3,7	310,5	28,9	38,7	15,4
35 - 44 ans	49,4	16,5	27,4	6,9	130,6	30,4	76,4	22,3
45 - 54 ans	58,3	20,8	30,7	11,3	98,6	33,6	75,3	26,6
55 - 64 ans	55,9	16,6	23,0	10,4	87,5	17,4	54,8	22,3
65 - 74 ans	66,7	16,1	29,2	10,0	90,7	17,4	61,4	23,4

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

L'hypothèse séduisante de Baudelot et Establet repose donc sur une insertion plus forte de la femme grâce à sa sociabilité familiale plus importante et allant plus loin, ils proposent une théorie

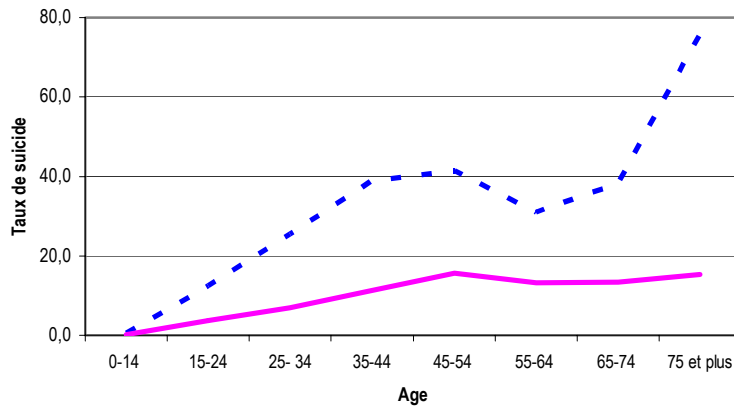
unique s'appuyant sur le concept d'intégration de Durkheim « ...la protection dont bénéficie un individu à l'égard du suicide est fonction du nombre et de la profondeur des relations qu'il noue avec son milieu familial. Hypothèse où nous redéfinissons l'intégration, et à laquelle nous adjoignons la sous hypothèse suivante : on peut considérer le sexe et l'âge comme des facteurs d'intégration à la famille... » (Baudelot & Establet, 1984, p.101). Malheureusement, cette hypothèse ne peut être statistiquement testée à partir du suicide faute d'informations sur les relations familiales des suicidés dans les causes médicales de décès.

Cependant, si on veut bien considérer que le suicide représente une des modalités d'un phénomène plus large incarné par le mal-être⁸, 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, des tentatives de suicide et des risques suicidaires comme des dépressions féminines plus fréquentes devient épineuse à expliquer. Dès lors, il nous semble difficile de soutenir cette hypothèse car on ne peut penser que les bénéfices de l'insertion du réseau familial s'appliqueraient au moment de l'acte fatal mais que ses qualités préservatives perdraient toute force pour les tentatives de suicide comme pour la dépression qui marque un état fréquemment antérieur au suicide et à la tentative (Davidson & Philippe, 1986 ; Lemperière, 1999). Autrement dit, la famille élargie ne peut à la fois alléger le mal-être dans sa forme radicale et l'aggraver dans des formes non ultimes.

Qu'en est-il de l'âge comme facteur d'intégration ? Dans cette optique, l'âge interviendrait, en quelque sorte, comme un « reste à vivre » temporel, évidemment inégal, entre jeunes et plus âgés car « ...un adolescent et un sexagénaire ne sacrifient pas la même quantité d'existence. » Reprenant le concept d'Halbwachs de structuration du temps individuel au travers des cadres sociaux, Christian Baudelot et Roger Establet avancent : « Il est fort probable en effet que la quantité d'existence [...] est pensée dans les termes d'expériences affectives à vivre, d'enfants et de petits enfants à naître, d'anniversaires à souhaiter. » (Baudelot & Establet, 1984, p.105-106). Mais cette hypothèse prometteuse ne semble pas mieux résister que la première à l'examen des courbes masculine et féminine du suicide. En tenant compte du décalage dû aux espérances de vie sexuées inégales, nous devrions alors observer deux courbes parallèles car la quantité de vie à sacrifier serait identique pour les deux sexes. Ce n'est pas le cas et le reste à vivre féminin paraît posséder plus d'attraits que celui des hommes (Figure 1). En fait, là encore les courbes du suicide selon le genre nous ramènent à des différences de... genre et après la période coïncidant avec les premières années de la retraite, 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 de plus en plus au suicide alors que les femmes confrontées au même vieillissement ne sont pas sur-pénalisées, au moins vis-à-vis du suicide. Ce fait reste difficile à comprendre si l'on demeure sur l'analyse de cet indicateur. Ce fait reste difficile à comprendre si l'on demeure sur l'analyse de cet indicateur. Est-ce qu'au fil du temps les capacités déclinantes de l'homme, tant au niveau intellectuel que physique et donc sexuel, s'accorderaient mal avec les représentations masculines de la virilité ? 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 ? Si notre hypothèse de voies différentes d'expression du mal-être a tant soit peu de crédibilité, alors nous devrions relever un impact sur le mal-être des femmes à partir des indicateurs « féminins ».

⁸ Les économètres désignent ces phénomènes non directement observables sous le nom de variable latente. Leur approche ne peut se réaliser qu'indirectement à l'aide d'autres variables qui ne sont que l'expression mesurable de ce phénomène plus large. Ainsi, par exemple, la souscription d'une assurance servira à approcher l'aversion de l'individu pour le risque.

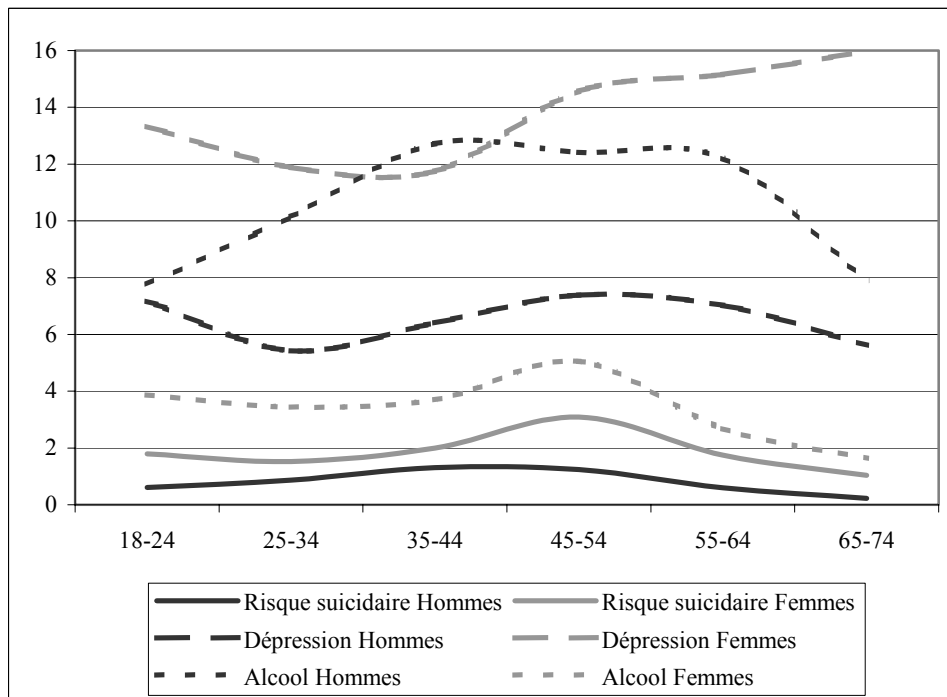
Figure 1 - Taux de suicide masculin et féminin en 2003
Pour 100 000



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

Qu'observe-t-on ? Alors que la dépression masculine culmine entre 45 et 64 ans pour s'infléchir ensuite, la dépression chez les femmes progresse continûment après 45 ans (Figure 2). De même, le risque suicidaire grave comme la dépendance alcoolique connaissent un pic chez les femmes de 45 ans à 55 ans pour diminuer par la suite. Le parallélisme frappant des courbes du risque suicidaire grave et de la dépendance alcoolique des femmes semblerait indiquer un phénomène de même nature entre ces deux indicateurs. Rappelons également que le pic des suicides féminins est atteint dès la tranche d'âge des 45 ans à 54 ans pour ensuite constituer un palier. Il y a donc bien à ce moment de la vie des femmes un ou, plus probablement, une série de problèmes qui les déstabilisent. Cet âge de la vie correspond souvent pour les femmes à la fin d'une période, marquée notamment par le départ des enfants du foyer parental ou encore la ménopause, et le début d'une autre dont les perspectives sont peut-être moins attrayantes.

Figure 2 –Risque suicidaire, dépression et dépendance alcoolique selon l'âge
En %



Sources : Enquête Santé 2002, Insee et Baromètres Santé, Inpes.
Graphique des auteurs.

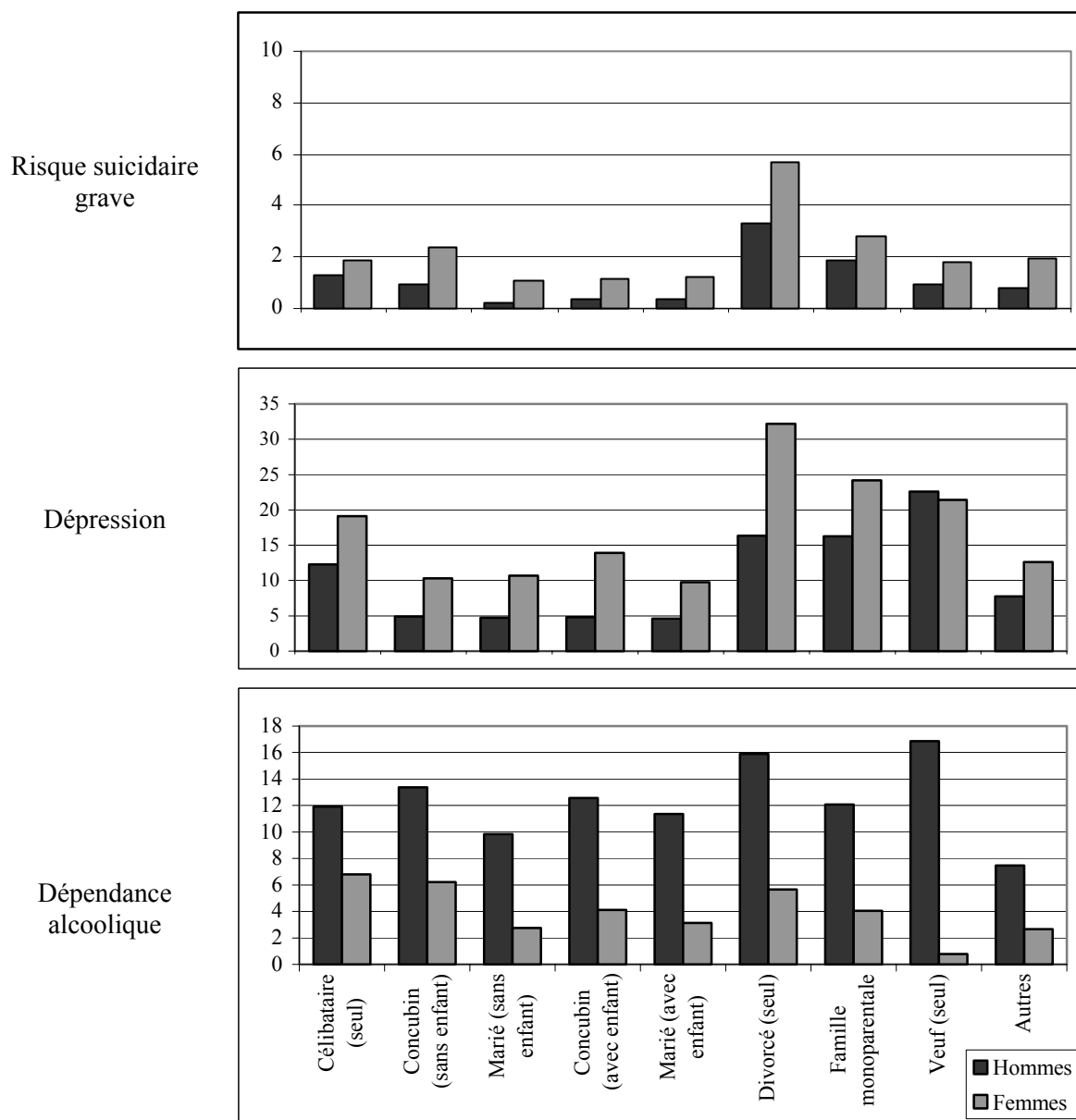
La dépendance alcoolique des hommes culmine dès les 35-44 ans et diminue plus tard que chez les femmes, après 65 ans. Elle pourrait indiquer des phénomènes hétérogènes mélangeant d'une part chez les plus jeunes un alcoolisme d'origine festive typiquement masculin et d'autre part un mal-être s'exprimant par un abus alcoolique pour les hommes mûrs.

Toujours est-il, 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. Ces résultats ne cachent pas un problème de structure. 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 des 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 3). Ces résultats résistent aussi à une analyse multivariée. A autres caractéristiques contrôlées, les femmes ont 2 fois plus de risques de présenter un risque suicidaire grave ou d'être dépressives et 5 fois moins de risques d'être dépendantes à l'alcool que les hommes (Tableau 3).

Cet ensemble de résultats milite pour l'hypothèse d'une expression du mal-être reposant sur la construction sociale des genres et notamment lors de l'inculcation de valeurs qui définiront chaque genre lors de l'enfance et qui ensuite viendront structurer aussi bien le comportement mental que physique de l'individu (Belotti, 1974). Ainsi, l'homme est impliqué dans la quasi totalité des violences sexuelles, dans 84 % des cas de brutalités physiques et dans 93 % des tentatives de meurtre (Jaspard, M. *et al.* ; 2001). Aux Etats-Unis, 94 % des détenus et 90 % des meurtriers sont des hommes. Aux hommes reviendraient par construction sociale et par incorporation de ces constructions, l'extériorisation des tensions par l'abus d'alcool, l'abus de substances psychoactives, par la violence physique et les comportements déviants, aux femmes la violence verbale, l'intériorisation des problèmes, la somatisation (Braconnier, 1996). Dans ce cadre, le recours plus fréquent des hommes à la violence contre eux-mêmes comme la prévalence plus importante de la dépression chez les femmes expliqueraient les déséquilibres observés entre sexes.

Figure 3 – Risque suicidaire, dépression et dépendance alcoolique selon le type de ménage

En %



Sources : Enquête Santé 2002, Insee et Baromètres Santé, Inpes.
Graphique des auteurs.

LE BENEFICE MASCULIN AU MARIAGE MOINS EVIDENT

Le bénéfice du mariage ne tient pas uniquement de la protection qu'il procure. Il peut également être lié à une sélection sur le marché matrimonial. Durkheim évoquait déjà la possibilité de ces deux explications : « *L'immunité dont jouissent les gens mariés ne peut être attribuée qu'à l'une des causes suivantes : Ou bien elle est due à l'influence du milieu domestique. Ce serait alors la famille qui, par son action, neutraliserait le penchant au suicide ou l'empêcherait d'éclorre. Ou bien elle est due à ce que l'on peut appeler la sélection matrimoniale. Le mariage, en effet, opère mécaniquement dans l'ensemble de la population une sorte de triage* » (Durkheim, 1897, p. 186) Durkheim écarte l'hypothèse de sélection. On peut cependant supposer qu'il existe des variables observables (le handicap par exemple) ou inobservables (l'apparence physique) qui affectent à la fois la probabilité du mariage et la probabilité du mal-être. Ainsi, l'effet observé du mariage sur le mal-être

peut être fallacieux. En économétrie, ce problème est désigné sous le terme de biais d'endogénéité. Pour estimer correctement le lien entre les deux phénomènes, il faut alors les traiter conjointement à l'aide d'équations simultanées. Cette correction n'est pas actuellement effectuée mais le sera dans une version ultérieure. Les coefficients attachés au type de ménage, présentés dans cette version, sont donc biaisés. Le sens du biais n'est pas connu : le coefficient peut être augmenté ou réduit (rendant éventuellement la modalité non significative), il est cependant rare d'observer une inversion de son signe après contrôle du biais d'endogénéité par cette technique. Les études anglo-saxonnes réalisées à partir d'enquêtes longitudinales montrent que la sélection matrimoniale liée à l'état de santé mentale des individus demeure limitée. L'étude d'une cohorte de jeunes adultes met en évidence que pour les deux sexes, les individus dépressifs ont autant de chances de se marier ; en revanche, ceux qui sont dépendants à l'alcool sont davantage écartés du marché matrimonial (Horwitz, White, 1991). La dépression accroît la probabilité des femmes de divorcer au cours des années suivantes, tandis que pour les deux sexes, la dépendance alcoolique ne semble pas directement liée à la séparation. Cependant, les niveaux initiaux de mal-être n'expliquent que faiblement les variations associées à la rupture conjugale dans la dépression ou dans la dépendance alcoolique, montrant ainsi que le choc du divorce a, en lui-même, un effet indépendant sur le mal-être (Horwitz, White et Howell-White, 1996).

Limitée par les données, l'étude du suicide constitue néanmoins un premier éclairage sur la question du bénéfice différentiel du mariage. Comme le constatait déjà Durkheim au 19^e siècle, à l'exception des mariages précoces, les mariés se suicident moins que les célibataires, les veufs et les divorcés (Tableau 2). En revanche, les veufs ne semblent pas bénéficier de leur statut d'anciennement mariés, puisque ce sont eux qui se suicident le plus aujourd'hui (Besnard, 1997). Malgré l'affaiblissement de l'institution matrimoniale, le mariage conserve donc un effet bénéfique face au suicide. Cet effet s'exerce-t-il toujours en faveur des hommes ?

Durkheim déduisait que les hommes étaient les principaux bénéficiaires du mariage à partir du plus fort coefficient de préservation des hommes mariés par rapport aux hommes célibataires en comparant avec celui de leurs homologues féminins. Un siècle plus tard, cette affirmation doit être nuancée. Tout d'abord, ce n'est qu'à partir de 55 ans que les hommes célibataires affichent un coefficient d'aggravation au suicide supérieur aux femmes célibataires (Tableau 2). Le célibat féminin apparaît même plus défavorable que le célibat masculin entre 25 et 44 ans, c'est-à-dire à la période principale de procréation. Aux yeux de la société, et donc des femmes elles-mêmes, l'accomplissement féminin passe aujourd'hui encore par l'enfantement. Celles qui n'ont pas encore réalisé leur destin social de mère subissent une pression forte. Cela pourrait notamment expliquer pourquoi, une fois l'âge biologique de procréation dépassé, le statut de célibataire deviendrait moins insupportable pour les femmes. Cependant, en l'absence d'information sur la présence d'enfants, l'explication de la plus forte tendance au suicide des femmes célibataires en âge de procréer demeure hypothétique.

Tableau 2 - Coefficients d'aggravation au suicide par rapport aux époux de chaque sexe

	Célibataire		Veuf		Divorcé	
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
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.

Par ailleurs, si les hommes veufs ont bien un coefficient d'aggravation au suicide plus élevé que celui des femmes veuves par rapport aux époux de chaque sexe, l'avantage masculin au mariage a disparu chez les divorcés. Contrairement à ce que Besnard (1997) observait sur le suicide des divorcés entre 1981 et 1993, en 2003 le divorce aggrave désormais autant, voire plus, la tendance au suicide des femmes que celle des hommes par rapport aux personnes mariées. La plus forte intégration familiale des femmes, puisqu'elles obtiennent encore très majoritairement la garde des enfants, ne paraît plus suffisante pour compenser les effets négatifs du divorce. Comme Durkheim le pressentait, l'instauration du divorce a donc renforcé la protection des femmes mariées face au suicide. Mais elle a fragilisé par voie de conséquence la catégorie des divorcés qu'elle instaurait. Dans quelle mesure les autres formes de mal-être confirment-elles ces résultats préliminaires obtenus sur le suicide ? Comme nous allons le voir sur l'exemple du risque suicidaire grave, de la dépression et de la dépendance alcoolique, la déstabilisation de l'institution matrimoniale conduit à relativiser le bénéfice masculin au mariage.

En mesurant le bénéfice du mariage par la comparaison des différents types de ménage aux individus mariés avec enfant et l'interprétation de la différence entre les sexes, alors l'affirmation d'un plus grand bénéfice pour les hommes est devenue moins évidente. A autres caractéristiques contrôlées, les hommes veufs ne vivant ni en couple, ni avec des enfants, ont une forte probabilité d'avoir un risque suicidaire grave, d'être dépressif et d'être dépendant à l'alcool. Et cette probabilité est supérieure à celle observée pour les femmes veuves vivant seules pour les trois indicateurs de mal-être, même si la différence de paramètres entre hommes et femmes n'est statistiquement significative que dans le cas de la dépression (Tableau 3) Ce résultat va bien dans le sens d'un gain supérieur au mariage des hommes par rapport aux femmes. Le même constat peut être fait pour les hommes célibataires vivant seul, par comparaison aux hommes mariés avec enfant, puisqu'ils présentent un risque statistiquement plus élevé de tendances suicidaires et dépressives que leurs homologues féminins. Cependant, le célibat accroît le risque de dépendance alcoolique uniquement chez les femmes, ce qui met en évidence à l'inverse un possible bénéfice féminin au mariage. La particularité de ce dernier indicateur est d'ailleurs à souligner. Alors que les variables de hiérarchie sociale mais aussi de type de ménage jouent peu pour les hommes, la dépendance alcoolique est le fait de femmes seules ou en concubinage, très diplômées, appartenant aux catégories supérieures de revenus, et donc certainement de femmes qui se soumettent moins aux comportements conformes à leur genre.

D'autres éléments renforcent l'idée que le mariage ne favorise pas uniquement les hommes. Les divorcés vivant seuls et les familles monoparentales des deux sexes sont plus enclins au mal-être que les personnes mariées avec enfant. En même temps, le mariage ne semble pas plus avantageux pour les hommes, dans la mesure où l'écart entre les sexes pour les divorcés vivant seuls et les familles monoparentales n'est avéré pour aucun des trois indicateurs de mal-être. Si le concubinage sans enfant augmente la probabilité de risque suicidaire chez les hommes, il augmente celle de dépendance alcoolique chez les femmes. Néanmoins, l'avantage féminin au mariage ne s'observe pas uniquement sur les problèmes avec l'alcool. Par rapport aux couples mariés avec enfant, les femmes en concubinage avec enfant sont plus souvent dépressives, ce qui n'est pas observé chez les hommes, et rend la différence entre les sexes statistiquement significative. Dans ce dernier cas, le mariage s'avère donc plus bénéfique pour les femmes que pour les hommes. En résumé, le bénéfice masculin au mariage n'est pas observé de manière régulière, il apparaît seulement pour certains types de ménage et pour certains indicateurs de mal-être.

Tableau 3 – Probabilité de présenter un risque suicidaire grave, d'être dépressif ou d'être dépendant à l'alcool – Modèles logistiques 1 (sans les événements divorce ou veuvage au cours de l'année écoulée) Simultanés pour hommes et femmes

Caractéristiques	Modalités	Risque suicidaire grave		Dépression		Dépendance alcoolique		
		-5,98***		-3,82***		-2,28***		
Sexe	Homme	Réf.		Réf.		Réf.		
	Femme	0,76		0,76***		-1,64***		
Age	18-24	-0,72*	0,06	-0,40**	-0,01	-0,53***	-0,24	
	25-34	-0,25	-0,03	-0,21	-0,08	-0,31***	-0,36	
	35-44	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	
	45-54	-0,35	0,27	-0,03	0,12	-0,01	0,52***	
	55-64	-0,91**	-0,63***	-0,30	0,00	-0,08	0,05	
	65-74	-1,68***	-1,27***	-0,80***	-0,05	-0,55***	-0,12	
Type de ménage	Célibataire, seul, sans enfant	1,00***	0,29	1,04***	0,68***	0,10	0,41**	
	Divorcé ou séparé, seul, sans enfant	1,81***	1,25***	1,18***	0,89***	0,27	0,43*	
	Veuf, seul, sans enfant	1,30*	0,60**	1,84***	0,72***	0,54*	-0,29	
	Famille monoparentale	1,10**	0,46**	1,12***	0,68***	-0,01	0,20	
	Concubin sans enfant	0,78*	0,27	0,04	0,03	0,17	0,57***	
	Concubin avec enfant	-0,59	-0,41	-0,02	0,40***	0,19	0,45**	
	Marié sans enfant	-0,24	-0,09	0,04	-0,11	-0,09	-0,05	
	Marié avec enfant	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	
Autres cas	0,94**	0,17	0,64***	0,22*	-0,23	-0,22		
Diplôme	Aucun ou non déclaré	-0,01	0,43	0,25	0,33***	-0,05	-0,98***	
	CEP, BEPC seul	0,03	0,49**	0,25	0,33***	-0,10	-0,38**	
	CAP, BEP	-0,02	0,11	0,06	0,22**	0,03	-0,36**	
	Bac	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	
	Supérieur	-0,97**	0,11	-0,28*	-0,20*	0,07	0,31**	
Revenus du ménage par UC	1 ^{er} quintile	-0,01	-0,22	0,15	0,17*	-0,05	0,25	
	2 ^{ème}	0,05	-0,20	-0,11	-0,07	-0,09	-0,04	
	3 ^{ème}	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	
	4 ^{ème}	0,12	0,17	0,04	-0,20*	0,01	0,23	
	5 ^{ème}	0,52*	-0,12	-0,19	-0,03	0,17	0,49***	
Statut d'activité	En emploi	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	
	Chômeur	0,56*	0,06	0,29*	0,44***	0,35***	-0,01	
	Inactif	0,10	0,42***	0,43***	0,30***	0,19*	0,05	
Handicap, limitation d'activité ou invalidité ¹	Oui	1,53***	0,91***	1,28***	1,10***	0,33***	-0,21	
Événements marquants pendant l'enfance	Décès, maladie, handicap ou accident grave, père ou mère	Oui	0,59***	0,64***	0,21*	0,16**	0,21**	0,25*
	Séparation ou graves disputes entre les parents	Oui	1,16***	0,77***	0,52***	0,28***	0,35***	0,54***
	Situation matérielle difficile ²	Oui	0,25	0,33***	0,64***	0,47***	0,24**	0,16
Événements marquants au cours de l'année écoulée	Décès d'un proche	Oui	/	/	0,09	0,31***	0,22***	0,22*
	Difficulté matérielle particulière ³	Oui	1,68***	1,14***	1,20***	0,99***	0,41***	0,55***
	Difficulté professionnelle ou scolaire ⁴	Oui	1,90***	1,29***	0,94***	0,65***	0,26**	0,69***
Pourcentage de concordance		81%		78%		71%		
Nombre d'observations		420 sur 29020		1925 sur 19896		1450 sur 19896		

Source : Baromètre Santé 2005 et Enquête Santé 2002-2003

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

■	Différence hommes/femmes significative à	1%
		5%
		10%

¹ Les indicateurs suivants sont binaires oui/non, la référence pour chacun d'eux est le non.

² Problème d'argent durant la jeunesse pour Risque Suicidaire Grave

³ Dispute avec amis ou problème d'argent pour Risque Suicidaire Grave

⁴ Difficultés, mauvais résultats pour Risque Suicidaire Grave

BIEN-ETRE DES FEMMES MARIÉES, MAL-ETRE DES CONCUBINES ET DES DIVORCÉES

Au regard du risque suicidaire grave, de la dépression et de la dépendance alcoolique, le mariage n'est plus aujourd'hui une contrainte excessive pour les femmes. Tout d'abord, contrairement à ce que Durkheim observait un siècle plus tôt sur le suicide, le mariage ne nuit pas (ou plus) en tant que tel aux femmes, puisqu'il n'y a pas de différence de mal-être entre les femmes mariées selon qu'elles aient ou non des enfants⁹ (Tableau 3). Ensuite, le concubinage, moins traditionnel que le mariage, n'est pas pour autant une forme d'union nécessairement plus favorable aux femmes. Par comparaison aux femmes mariées, il aggrave les tendances alcooliques, ainsi que dépressives dans le cas d'une union libre avec enfant à charge.

Si la pratique du divorce favorise les femmes mariées comme le prédisait Durkheim, le divorce en lui-même a en contrepartie créé de nouveaux risques familiaux (De Singly, 1987). Face à l'éventualité d'une séparation, le mariage est devenu une protection juridique pour les femmes. Ceci peut constituer un premier élément d'explication du mal-être des femmes en concubinage qui assument les charges de la vie familiale sans bénéficier de la sécurité procurée par le mariage. En effet, le coût du mariage pour les femmes s'observe particulièrement en cas de divorce. Les femmes divorcées, notamment quand elles n'ont pas d'enfant à charge, pâtissent très fortement de cette rupture du lien matrimonial puisque ce sont elles qui connaissent les plus forts risques suicidaires et dépressifs. Les divorcés et les veufs vivant seul sont les catégories masculines les plus défavorisées. Le désavantage des hommes seuls et des femmes divorcées renvoie certainement aux bénéfices différents que chaque sexe retire principalement du mariage. Si le mariage apporte soutien social et accroît le bien-être matériel, le facteur d'intégration familiale a davantage d'importance pour les hommes, quand les femmes se montrent plus sensibles au facteur économique. En cas de rupture conjugale, les femmes souffrent alors davantage de la réduction de leur niveau de vie, les hommes de la solitude (Gerstel, Riessman, Rosenfield, 1985 ; Umberson, Wortman, Kessler, 1992).

LA CONTRAINTE DES ENFANTS

Durkheim affirmait que la protection des femmes mariées face au suicide provenait essentiellement de la présence d'enfants. Nous ne pouvons que regretter l'impossibilité de réactualiser ce résultat et devons nous contenter d'observer ce qu'il en est pour les formes de mal-être moins radicales. Le rôle protecteur des enfants n'apparaît pas de manière si évidente. Certes pour les hommes comme pour les femmes, on constate que par rapport aux couples mariés avec enfant, les familles monoparentales ont une probabilité plus faible d'avoir un risque suicidaire grave, d'être dépressif ou d'avoir des problèmes d'alcool que les divorcés vivant sans enfant (Tableau 3). Mais ce qui ressort fortement, c'est avant tout que la présence d'enfant n'introduit pas de différences chez les hommes et les femmes mariées, ce qui va plutôt dans le sens d'un effet bénéfique du mariage proprement dit pour les deux sexes, indépendamment des enfants (Tableau 3) Halbwachs (1930) mettait pourtant en évidence que la protection face au suicide croît à mesure que la famille s'agrandit. Le nombre d'enfants présents dans le logement ne semble pas non plus influencer sur le mal-être des individus. A autres caractéristiques contrôlées, notamment le type de ménage, que les hommes et les femmes aient un ou plusieurs enfants n'affecte pas ni leur tendance suicidaire, ni dépressive, ni alcoolique (Tableau 4).

⁹ Il s'agit des enfants présents dans le logement.

Tableau 4 – Probabilité 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

Caractéristiques	Modalités	RISQUE SUICIDAIRE GRAVE		Dépression		Dépendance alcoolique	
		Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Type de ménage	Célibataire, seul	1,27***	0,39*	1,00***	0,72***	0,17	0,40**
	Divorcé (ou séparé), seul	1,84***	1,23***	1,02***	0,82***	0,32**	0,25
	Veuf, seul	1,51*	0,73***	1,83***	0,79***	0,46*	-0,27
	Célibataire, en couple	0,46	0,24	-0,14	0,27**	0,20*	0,41**
	Marié, en couple	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
	Divorcé ou veuf, en couple	0,70	1,24***	0,35	0,32	0,30	0,82***
	Autres cas	1,42***	0,84***	0,57***	0,29**	-0,17	-0,26
Nombre d'enfants à charge	Aucun	0,10	0,05	0,15	0,02	-0,06	0,17
	Un	-0,19	-0,19	0,07	0,13	-0,02	0,18
	Deux	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
	Trois et plus	0,02	-0,13	0,20	0,02	0,09	0,04

Ajusté 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 et Enquête Santé 2002-2003

Comme nous l'avons souligné précédemment, la présence d'enfants peut même avoir un effet aggravant sur la dépression et la dépendance alcoolique pour les femmes vivant en concubinage en comparaison aux femmes mariées (Tableau 3). Ce résultat est particulièrement intéressant. Pour reprendre la terminologie durkheimienne, nous comparons deux situations familiales se caractérisant par un même niveau d'intégration familiale (être en couple avec des enfants) ne différant que sur la forme de l'union, concubinage ou mariage. Nous avons ici un cas empirique où il est possible de distinguer l'intégration familiale d'un autre processus désigné par Durkheim comme la « régulation matrimoniale. » Mais sa définition à partir de la modération des désirs sexuels masculin et féminin a généralement conduit une partie des chercheurs à abandonner ce second concept et à ne retenir que l'idée d'une protection liée à l'intégration familiale. S'intéressant au suicide des femmes, Besnard est l'un des seuls à avoir prolongé l'étude de la contrainte excessive exercée par le mariage sur les femmes en redéfinissant la régulation à partir de la division sexuelle du travail comme les « attentes sociales liées aux rôles masculin et féminin dans le mariage » (Besnard, 1973, p. 42). Ce résultat sur les femmes en concubinage avec enfant tendrait à confirmer l'intuition de Durkheim et de Besnard sur l'existence d'un second processus, qui ne serait pas de même nature que l'effet d'intégration.

L'hypothèse que nous faisons pour rendre compte de ce résultat est que les enfants produisent des effets contradictoires. Ils sont à la fois source de protection grâce à une intégration plus forte et source d'une régulation excessive pour les femmes à cause du maintien des rôles traditionnels entre homme et femme. Cette contrainte se manifesterait alors d'autant plus fortement pour celles qui aspiraient justement à se défaire des attentes sociales liées à leur sexe. Les couples concubins sont plus critiques envers les rôles masculin et féminin traditionnels, plus égalitaires dans le partage du travail domestique ... mais seulement avant la naissance des enfants. L'effet négatif de la présence d'enfants pour les femmes en union libre peut donc s'expliquer par le fait qu'à la naissance des enfants, les rôles traditionnels masculins et féminins ont tendance à réapparître dans les couples concubins : « En termes identitaires, cela revient à affirmer que la différence entre « concubine » et « mariée » s'estompe avec l'introduction de la dimension « mère » » (De Singly, 1987, p. 219) Si cet effet négatif ne s'observe pas chez les femmes mariées, c'est parce qu'elles sont par sélection plus enclines à adopter une répartition traditionnelle des rôles. Au regard de la dépression et de la dépendance alcoolique, la pénalisation des femmes provient moins du mariage en lui-même que de la vie familiale. La naissance des enfants implique généralement pour la femme un retrait partiel ou total du marché du travail induisant une réduction de son autonomie et de ses relations, et une vulnérabilité sociale accrue en cas de séparation.

En supposant que si elles existaient, les données confirmeraient que l'immunité des femmes face au suicide est en partie liée à la présence d'enfants, notamment à la densité familiale, le fait que les enfants n'exerce aucune protection envers le mal-être de manière plus générale et encore plus qu'ils puissent être à l'origine de la détresse psychologique de certaines femmes nous conduit à mettre en doute l'hypothèse reposant sur leur plus forte intégration familiale. Les enfants sont peut-être simplement protecteurs du suicide en ce que la société condamne fermement l'acte de les abandonner, notamment pour les mères, interdisant ainsi la possibilité même d'envisager le suicide. On peut d'ailleurs remarquer que le mal-être des mères vivant en concubinage emprunte les voies de la dépression et de la dépendance alcoolique, et non du risque suicidaire grave, le coefficient étant négatif et non significatif dans ce dernier cas.

LE BENEFICE AU MARIAGE AU REGARD DU CHANGEMENT D'ETAT

Jusqu'à présent, nous avons considéré les statuts matrimoniaux de veuf et de divorcé comme des états. Or le bénéfice différentiel au mariage peut aussi être mesuré par la manière dont les hommes et les femmes répondent à un même événement, à un choc, en l'occurrence la rupture du lien matrimonial. Dans son étude sur le suicide datée de 1997, Besnard a tenté d'étudier l'effet du veuvage et du divorce comme changements d'état, comme événements. Ne disposant pas des dates de ces événements, il est amené à supposer que pour les jeunes veufs et les jeunes divorcés, la rupture du lien matrimonial est récente. Les jeunes hommes se suicidant plus que les jeunes femmes en cas de veuvage ou de divorce, cela renforce selon lui la théorie durkheimienne d'après laquelle le mariage profite plus aux hommes qu'aux femmes. Si nous répétons son analyse sur les 25-34 ans en 2003, les taux de suicide des veufs et des divorcés sont effectivement plus élevés chez les hommes (Tableau 1). Mais cela ne tient qu'au caractère masculin du suicide. Une fois l'effet de sexe contrôlé par le calcul des coefficients d'aggravation au sein de chaque sexe, on constate que les jeunes femmes divorcées sont aujourd'hui plus enclines au suicide que les jeunes hommes divorcés, comparativement aux époux (Tableau 2).

Tableau 5 – Probabilité de présenter un risque suicidaire grave, d'être dépressif ou d'être dépendant à l'alcool – Modèles logistiques 3 (avec les événements divorce ou veuvage au cours de l'année écoulée)

Simultanés pour hommes et femmes

Caractéristiques	Modalités	RISQUE SUICIDAIRE GRAVE		Dépression		Dépendance alcoolique	
		Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Type de ménage	Célibataire, seul	1,00***	0,29	0,92***	0,64***	0,08	0,34*
	Divorcé (ou séparé), seul	1,80***	1,26***	0,71***	0,78***	0,17	0,27
	Veuf, seul	1,11	0,53*	1,77***	0,70***	0,54*	-0,31
	Famille monoparentale	1,06**	0,46**	0,59*	0,55***	-0,14	0,01
	Concubin sans enfant	0,77*	0,27	-0,04	0,02	0,16	0,56***
	Concubin avec enfant	-0,59	-0,41	-0,10	0,40***	0,18	0,43**
	Marié sans enfant	-0,24	-0,08	0,01	-0,12	-0,09	-0,06
	Marié avec enfant	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
	Autres cas	0,94**	0,17	0,61***	0,20	-0,24	-0,26
Veuvage au cours de l'année écoulée	Oui	0,85	0,68	/	/	/	/
Divorce ou séparation au cours de l'année écoulée	Oui	/	/	1,52***	0,63***	0,40**	0,78***

Ajusté 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

L'événement du divorce n'est pas disponible dans le Baromètre santé 2005. De même, l'événement du veuvage n'est pas présent dans l'enquête Santé 2002-2003.

Source : Baromètre Santé 2005 et Enquête Santé 2002-2003

L'analyse « toutes choses égales par ailleurs » met en évidence que la tendance à une réponse genrée au veuvage ou au divorce (Horwitz et Davies, 1994 ; Riessman et Gerstel, 1995 ; Simon 2002),

c'est-à-dire les hommes par l'alcool et les femmes par le risque suicidaire grave et la dépression, n'est dû qu'à l'effet de sexe. Quand nous contrôlons de cet effet, nous observons, au contraire, une inversion, les hommes récemment divorcés présentant des expressions féminines du mal-être, les femmes des expressions masculines. A autres caractéristiques contrôlées, les hommes sont plus souvent dépressifs en cas de divorce au cours de l'année écoulée, la différence de paramètres entre hommes et femmes étant même significative dans ce cas. A l'inverse, la dépendance alcoolique est plus probable pour les femmes qui viennent de divorcer que pour les hommes (Tableau 5). Outre le caractère approximatif de la mesure de l'événement dans l'étude du suicide, nous ne vérifions pas, cette fois-ci encore le gain supérieur au mariage des hommes par rapport aux femmes.

Nous touchons certainement ici aux limites de nos données transversales et de l'absence de contrôle du biais d'endogénéité. Nous ne pouvons pas affirmer à coup sûr que le mal-être observé est une réponse au choc du veuvage ou du divorce. On peut seulement dire, dans une perspective descriptive, et non explicative, que les individus qui ont perdu leur conjoint ou ont divorcé au cours de l'année sont plus souvent sujets au mal-être, sans préjuger du sens de la causalité. Autant sur le cas du suicide (où nous observons effectivement une inversion pour les femmes divorcées), nous connaissons sans le moindre doute l'enchaînement des événements, la rupture conjugale précédant nécessairement la mort. Autant sur le risque suicidaire, la dépression et la dépendance alcoolique, l'impossibilité de dater les événements invite à la prudence. Le mal-être a pu naître avant l'événement de rupture du lien matrimonial, par exemple, lors des problèmes récurrents au sein du couple qui ont conduit à la séparation, ou lors de la maladie du conjoint qui a précédé son décès. L'inversion des expressions masculines et féminines peut donc provenir du biais d'endogénéité, d'autant qu'elle s'observe également dans le cas de difficultés professionnelles. A autres caractéristiques contrôlées, le fait d'avoir rencontré des difficultés dans son travail au cours de l'année écoulée est significativement associé à des risques suicidaire et dépressif plus élevés chez les hommes et à une dépendance alcoolique plus fréquente chez les femmes (Tableau 3). En toute rigueur, ce dernier résultat sur l'inversion des expressions masculine et féminine nécessite d'être confirmé lorsque le biais d'endogénéité aura été pris en compte.

CONCLUSION

Pour résumer nos résultats, chaque sexe a sa façon d'exprimer le mal-être. Au cours de cette étude nous nous sommes attachés au suicide, à la dépendance alcoolique, au risque suicidaire grave et à la dépression. Nous aurions pu, en fonction des données disponibles, rajouter l'abus de substances psychoactives, les comportements violents, les tentatives de suicide, la boulimie, l'anorexie, etc. qui sont des indicateurs tout autant genrés de tensions entre soi et l'extérieur. 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 avons une faible prise directe. A cet égard, à partir des représentations de la virilité et d'un suicide plus fréquent, nous pourrions dire que les hommes sont les secondes victimes de la domination masculine ! Toujours est-il que s'attacher au seul suicide comme indicateur de mal-être ou révélateur du bien-être des sociétés comme l'affirmait Durkheim conduit à une vision partielle et à des conclusions parfois erronées.

Les problèmes économétriques non encore réglés dans la seconde partie de notre étude, nous empêchent de conclure aujourd'hui de façon certaine. Nous pouvons anticiper avec prudence les grandes lignes, mais ces résultats préliminaires demandent à être confirmés une fois le biais d'endogénéité contrôlé.

Même en contrôlant du caractère genré des indicateurs de mal-être, le bénéfice des hommes au mariage ne paraît plus aussi évident. Il est vrai qu'en un siècle la nature même de l'institution du mariage s'est beaucoup modifiée et que nous comparons des objets qui sont en fait différents. Il faut souligner que le divorce qui est l'une des réformes qui a ébranlé le contenu du mariage a, comme effet pervers, engendré un mal-être dont il semble que les principales victimes soient les femmes. Évidemment, il est probable que la vie maritale avant le divorce était encore plus créatrice de

difficultés et qu'une fois le choc de l'événement absorbé, la vie redevient plus sereine (au moins dans l'aspect relationnel car les séparés vivant seuls et a fortiori les familles monoparentales connaissent des difficultés financières accrues).

L'un des résultats étonnants de l'étude est l'absence d'impact des enfants sur le risque suicidaire grave, la dépression et la dépendance alcoolique. On se souvient que Durkheim comme Halbwachs concluaient à l'effet bénéfique des enfants sur le suicide. Durkheim s'appuyant même sur cette observation pour développer le concept d'intégration familiale. Si la régulation du mariage a pu se modifier à cause de la modification de l'institution et 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. Il semble alors que l'explication alternative logerait dans les spécificités de chaque indicateur. Si par la présence des enfants, le suicide est limité mais que ceux-ci ne protègent pas du mal-être au travers de nos indicateurs, alors leur action ne portent pas sur la protection du mal-être mais simplement du suicide. Cette tautologie apparente permet de penser que, par rapport aux enfants, la spécificité du suicide est leur abandon de fait au conjoint éventuel. En termes d'interprétation, les enfants constitueraient alors moins une protection qu'une contrainte qui a pour corollaire l'occultation de la voie suicidaire.

Bibliographie

- Aneshensel S, Rutter C.M, Lachenbruch P.A, 1991, "Social Structure, Stress, and Mental Health: Competing Conceptual and Analytic Models", *American Sociological Review*, vol. 56, n°2, pp. 166-178
- Archambault, P., 1998.- « Etats dépressifs et suicidaires pendant la jeunesse : résultats d'une enquête sociodémographique chez les 25-34 ans. (Enquête "Passage à l'âge adulte") », *Population*, INED, n° 3, pp. 477-515.
- 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 », *Etudes et résultats*, n° 109.
- Baudelot 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*, Fayard, Paris.
- Baudelot C. et Establet R., 2006.- Suicide : changement de régime. Un observateur hors pair, Maurice Halbwachs, intervention au colloque « Dialogue avec Maurice Halbwachs », Paris, Campus Paris-Jourdan, jeudi 1^e décembre 2005, *liens socio*, [http://www.liens-socio.org/article.php3?id_article=116]
- Baudelot C. et Establet R., 2005.- *Suicide : L'envers de notre monde*, Seuil.
- Baudelot C. et Establet R., 1984.- *Durkheim et le suicide*, Coll. Philosophie, 6^e édition, 2002, PUF.
- Bellamy V., Roelandt J.-L. et Caria A., 2004.- Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale, *Études et Résultats*, n° 347.
- Belotti E. G., 1974, *Du côté des petites filles*, éditeur Des Femmes, pp. 206.
- Besnard P., 1997, « Mariage et suicide : la théorie durkheimienne de la régulation conjugale à l'épreuve d'un siècle », *Revue française de sociologie*, XXXVIII-4, p. 735-758.
- Besnard P., 1987a, « Les sociologues et le sexe. Réponse à Claude Dubar », *Revue française de sociologie*, vol. XXVIII, N°1, pp. 137-144
- Besnard P., 1987b, *L'anomie : ses usages et ses fonctions dans la discipline sociologique depuis Durkheim*, Paris : Presses universitaires de France, 424 p.
- Besnard P., 1973, « Durkheim et les femmes ou le Suicide inachevé », *Revue française de sociologie*, XIV, p. 27-61.
- Bourdieu P., 1998. - *La domination masculine*, Coll. Liber, Editions du Seuil, 144 p.
- Bozon M., 1991. – *Apparence physique et choix du conjoint*, in Louis Roussel et Thérèse Hibert (dir.), *L'évolution de la nuptialité en France et dans les pays sous-développés*, Ined, collection « Congrès et colloques », Paris 1991 , p.93-112.
- Braconnier A., 1996.- *Le sexe des émotions*, Editions Odile Jacob.
- Brugailles C. Cromer I. et Cromer S. 2002.- « Les représentations du masculin et du féminin dans les albums illustrés ou Comment la littérature enfantine contribue à élaborer le genre », *Population*, n° 57 (2), pp. 261-292.
- Chappert J.-L. Péquignot F. Pavillon G. et Jouglà É., 2003.- Évaluation de la qualité des données de mortalité par suicide : « Biais et impact sur les données nationales en France, à partir des causes indéterminées quant à l'intention », *Document de travail* de la Drees, série études, n°30.
- Chauvel L., 1997, « L'uniformisation du taux de suicide masculin selon l'âge : effet de génération ou recomposition du cycle de vie ? », *Revue française de sociologie*, vol. XXXVIII, pp. 681-734.

- Chesnais J.-C., 1976, « Les morts violentes en France depuis 1826 », *Travaux et documents*, Cahier n° 75, Ined, PUF.
- Clément S., Membrado M., 2001, « Des alcooliques pas comme les autres ? La construction d'une catégorie sexuée », in : Aïach P., Cèbe D., Cresson G., Philippe C., *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*, Rennes, Editions ENSP, 330 p.
- Davidson F., 1986.- « Conclusions » in « Suicide et tentatives de suicide aujourd'hui. Etude épidémiologique », Collection Grandes enquêtes en santé publique et épidémiologie, Les éditions Inserm.
- Davidson F. & Philippe A., 1986.- « Les tentatives de suicide » in *Suicide et tentatives de suicide aujourd'hui. Etude épidémiologique*, Collection Grandes enquêtes en santé publique et épidémiologie, Les éditions Inserm, pp.33-68.
- De Singly F., 1987.- *Fortune et infortune de la femme mariée*, PUF, Paris, (3ème édition revue et remaniée, 1994); collection Quadrige, PUF, Paris, 2003.
- Dohrenwend B.P, Dohrenwend B.S, 1976, “Sex differences in Psychiatric Disorders”, *American Journal of Sociology*, vol. 81, n°6, pp. 1447-1454
- Dubar C., 1987, “A propos de l'interprétation du *Suicide* de Durkheim par Philippe Besnard », *Revue française de sociologie*, vol. XXVIII, n°1, pp. 127-136
- Durkheim É., 1897. - *Le suicide*, 9^{ème} édition, 1997, Paris, PUF, Quadrige
- Durkheim É., 1909. – *Intervention dans un débat sur « Mariage et divorce »*, *Libres entretiens* (Union pour la vérité), 5^e série, pp. 528-293.
- Ehrenberg A., 2001.- De la névrose à la dépression *Remarques sur quelques changements de l'individualité contemporaine*, Figures de la psychanalyse, n° 4, p. 25-41.
- Ehrenberg A., 1998.- *La Fatigue d'être soi – Dépression et société*, Odile Jacob, Paris.
- Gerstel N, Riessman C.K, Rosenfield S, 1985, “Explaining the Symptomatology of Separated and Divorced Women and Men: The Role of Material Conditions and Social Networks”, *Social Forces*, 1985, vol. 64, n°1, pp. 84-101
- Gove W.R, Tudor J.F, 1973, “Adult Sex Roles and Mental Illness”, *American Journal of Sociology*, vol. 78, n°4, pp. 50-73
- Gove W.R, 1972a, “Sex, marital status and suicide”, *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 13, n°2, pp. 204-213
- Gove W.R, 1972b, “The Relationship between Sex Roles, Marital Status and Mental Illness”, *Social Forces*, vol. 51, pp. 34-44
- Halbwachs M., 1930.- *Les causes du suicide*, rééd. 2002, Paris, PUF, Coll. Le lien social
- Horwitz A.V, White H.R, 1991, “Becoming Married, Depression and Alcohol Problems Among Young Adults”, *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 32, n°3, pp. 221-237
- Horwitz A.V, Davies L, 1994, “Are emotional distress and alcohol problems differential outcomes of stress? An explanatory test”, *Social science quarterly*, vol. 75, n°3, pp. 607-621
- 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*, vol. 37, n°3, pp. 837-857
- Horwitz A.V, 2002, “Outcomes in the Sociology of Mental Health and Illness: Where have we been and where are we going?”, *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 43, n°2, pp. 143-151
- Hughes M.E, Waite L.J, 2002, “Health in household context: living arrangements and health in the late middle age”, *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 43, n°1, p.1-21

- Husaini B, Neff J.A, 1980, "Depression in rural communities. Validating the CES-D scale", *Journal of Community Psychology*, vol. 8, pp. 20-27
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 2006.- *Baromètre santé 2005. Premiers résultats*, (Dir) Philippe Guilbert et Arnaud Gautier, Éditions Inpes, 170 p.
- Jaspard M. et l'équipe ENVEFF, 2001.- « Violences envers les femmes : une reconnaissance tardive » in *L'état de la France 2001-2002*, La Découverte, p.76-79
- Korkeila J., 2000.- Measuring aspects of mental health, National Research and Development Centre for Welfare and Health, Helsinki.
- Lambooy B., 2006.- Les troubles dépressifs et leur prise en charge, Philippe Guilbert et Arnaud Gauthier Dir., *Baromètre santé 2005. Premiers résultats*, éditions Inpes, pp. 69-76.
- Lemperière, T., 1999.- Dépression et suicide, *Thérèse Lemperière dir.*, Programme de recherche et d'information sur la dépression, Masson, Coll. Acanthe.
- Le Pape A. & Lecomte, T., 1999a.- « Prévalence et prise en charge médicale de la dépression en 1996-1997 », *Questions d'économie de la santé*, n° 21, CREDES.
- Le Pape A. & Lecomte, T., 1999b.- « Prévalence et prise en charge médicale de la dépression. France 1996-1997 », Rapport, *Biblio n° 1277*, CREDES.
- Leplège A., Ecosse E., Pouchot J., Coste J. et Perneger T., 2001.- Le questionnaire MOS SF-36. Manuel de l'utilisateur et guide d'interprétation des scores, *Éditions scientifiques techniques et médicales*.
- Lesage A., 2002.- « Stratégie de prévention du suicide et données récentes sur le traitement de la dépression : quels obstacles ? », *Revue d'Épidémiologie et de santé publique*, n° 1, p. 63-66.
- Lovell A., 2004.- Étude sur la surveillance dans le champ de la santé mentale, Rapport final de l'Institut de veille sanitaire.
http://www.invs.sante.fr/publications/2005/sante_mentale_110105/index.html
- Lovell A. & Fuhrer R., 1996.- « Trouble de la santé mentale. La plus grande « fragilité » des femmes remise en cause », in *La santé des femmes*, Marie-Josèphe Sauvel-Cubizolles, Béatrice Blondel dir., Coll. Médecine-sciences, Flammarion.
- Martin J.-P., 2002. « La maladie mentale comme objet sociologique », *Mouvements*, n°s21-22, p. 128-132.
- Menahem G., 1992. « Troubles de santé à l'âge adulte et difficultés familiales durant l'enfance », *Population*, n°4, pp. 893-932, INED.
- Mouquet M.-C., Bellamy V., Carasco V., 2006.- « Suicides et tentatives de suicide en France », *Etudes et résultats*, n° 488.
- Riessman C.K, Gerstel N, 1985, "Marital Dissolution and Health: Do Males and Females Have Greater Risk?", *Social Science and Medicine*, vol. 20, n°6, pp. 627-635
- Roussel L., 1989.- *La famille incertaine*, Éditions Odile Jacob, 283 p.
- Sicot F., 2001.- *Maladie mentale et pauvreté*, Paris, Coll. Logiques sociales, L'Harmattan.
- Singly de F., 1987.- *Fortune et infortune de la femme mariée : sociologie de la vie conjugale*, Paris, PUF.
- Surault P., 1995.- Variations sur les variations du suicide en France, *Population*, n°4-5, p. 983-1012, INED.
- Surault P., 1992.- Nuptialité, divortialité et suicidité : des ruptures à rapprocher ?, *Population*, n°4, pp. 1042-1044, INED
- Simon R.W, 2002, "Revisiting the Relationship among Gender, Marital Status, and Mental Health", *American Journal of Sociology*, vol. 107, n°4, pp. 1065-1096

- Simon R.W, 1998, "Assessing Sex Differences in Vulnerability among Employed Parents: The Importance of Marital Status", *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 39, n°1, pp. 38-54
- Steiner P, 1994, *La sociologie de Durkheim*, éd. 2005, 4^{ème} édition, Paris, La Découverte, n°154, 122 p
- Tocqueville A., 1840, *De la Démocratie en Amérique*, tome 2, éd. 1951, Editions M-Th Génin, Libraire de Médecis, 461 p.
- 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*, vol. 33, n°1, pp.10-24

Annexe

Le risque suicidaire est mesuré à partir de 5 à 6 questions qui permettent d'établir un score. Le **risque suicidaire grave** est défini ici par la réponse positive à la question « Au cours de l'année écoulée avez-vous fait une tentative de suicide ? » ou par les réponses positives à chacune des deux questions : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pensé au suicide ? », « Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ? ».

Le **CES-D** (pour Center for Epidemiologic Study of Depression scale), l'une des échelles dépressives utilisées dans les études épidémiologiques en population générale, a été introduite dans l'enquête Santé 2002-2003. Au travers de 20 questions couvrant pour la plupart les critères inclus dans le diagnostic de la dépression, elle vise à identifier la présence de symptômes pré-dépressifs et à en évaluer la sévérité. Les questions portent sur la semaine écoulée, la dépressivité est donc mesurée au moment de l'enquête. Les questions sont simples à comprendre, ainsi l'échelle CES-D peut facilement être auto-administrée. Ne tenant pas compte des troubles plus anciens et ne permettant pas une évaluation clinique, elle est considérée plus globalement comme une évaluation d'un indice de souffrance générale.

Les 20 questions sont les suivantes : 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.

Un score est attribué à chacune des réponses « jamais ou très rarement », « occasionnellement », « assez souvent » et « fréquemment ou tout le temps » selon la tournure positive ou négative de la question. La somme donne alors le score CES-D, qui varie de 0 (absence de symptômes pré-dépressifs) à 60 (dépressivité majeure). Il est recommandé de considérer deux seuils gradués différenciés selon le genre: un seuil de 17 témoignerait de la présence de symptomatologie dépressive et celui de 23 de symptômes dépressifs (Husaini et Neff, 1980).

Le **DETA** (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool) est une adaptation du test clinique américain CAGE (Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener). Il est censé repérer les individus présentant des risques de dépendance à l'alcool à partir de 4 questions :

- Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
- Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
- Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
- Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

Les cliniciens considèrent généralement que les individus donnant au moins deux réponses positives ont une consommation excessive d'alcool susceptible d'entraîner des pathologies.