HAL open science

Le mal-être a-t-il un genre ? : Suicide, risque suicidaire, dépression et dépendance alcoolique

Anne-Sophie Cousteaux, Jean-Louis Pan Ké Shon

To cite this version:

Anne-Sophie Cousteaux, Jean-Louis Pan Ké Shon. Le mal-être a-t-il un genre ? : Suicide, risque suicidaire, dépression et dépendance alcoolique. Revue française de sociologie, 2008, 1 (49), pp.53-92. 10.3917/rfs.491.0053 . hal-01719438v2

HAL Id: hal-01719438

https://sciencespo.hal.science/hal-01719438v2

Submitted on 17 Oct 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

R. franç. sociol., 49-1, 2008, 53-92

Anne-Sophie COUSTEAUX
Jean-Louis PAN KÉ SHON

Le mal-être a-t-il un genre ?

Suicide, risque suicidaire, dépression et dépendance alcoolique*

RÉSUMÉ

Le mal-être naît des interactions multiples entre une tension singulière, un individu doté de caractéristiques sociales et les valeurs et normes véhiculées par la société. Chaque genre emprunte tendanciellement des voies différentes pour exprimer son mal-être. Les risques suicidaires ou la dépression touchent en priorité les femmes alors que le suicide et la dépendance alcoolique sont principalement masculins. Dès lors, il y aurait un risque d'interprétation erronée à se focaliser sur une seule d'entre elles. Si les divergences entre ces expressions montrent les singularités des diverses voies empruntées par le mal-être et dévoilent des effets différenciés sur des populations spécifiques, à l'inverse leurs convergences viennent solidifier des conclusions généralisables à l'ensemble des individus. À partir de données récentes tenant compte des profondes modifications intervenues dans les manières de vivre à deux, la mobilisation d'indicateurs genrés permet alors de porter un regard neuf sur la surprotection féminine, la protection due au couple et aux enfants traditionnellement tirées du seul suicide.

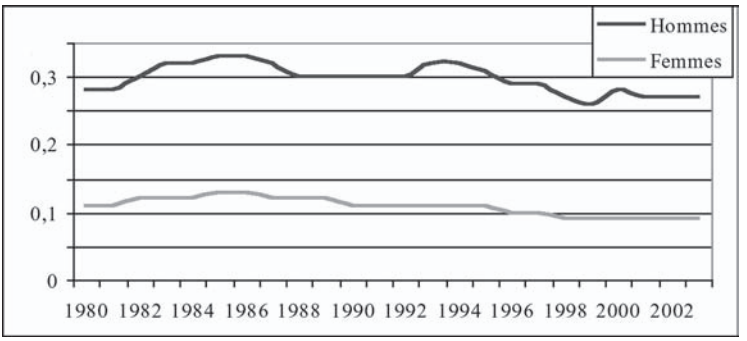
Les hommes se suicident plus que les femmes. Rares sont les constats qui présentent une telle régularité en sociologie. La sursuicidité masculine est un fait établi depuis les premières études parues au XIXe siècle et s'observe quasiment dans tous les pays à l'exception notable de la Chine (Baudelot et 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

* Nous tenons à remercier François de Singly pour ses réflexions suite à une présentation de cette étude dans sa forme embryonnaire lors du congrès de l'Association française de sociologie de 2006, Christian Baudelot pour ses remarques stimulantes d'une version préliminaire de ce texte, Alain Chenu et Philippe Coulangeon pour leurs relectures attentives, Mirna Safi et Laurence Rioux pour leurs conseils méthodologiques ainsi que les relecteurs anonymes et le comité de rédaction de la *Revue française de sociologie* pour leurs suggestions. Enfin, nous remercions Jean-Louis Lanoé de l'INSERM, Philippe Guilbert et Pierre Ardwison de l'INPES, Daniel Verger, Jérôme Accardo, Sébastien Hallépée de l'INSEE pour nous avoir facilité l'accès aux différentes données. Les imperfections de ce texte demeurent, bien entendu, de la seule responsabilité des auteurs.

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 relative immunité. Cette explication, peu convaincante, est déjà infirmée par le fait que l'écart entre taux de suicide masculin et féminin se maintient au fil du temps malgré l'entrée progressive des femmes sur le marché du travail (Figure I). Préférant s'attacher à la question du bénéfice différentiel au mariage entre hommes et femmes, Durkheim montre que « la société conjugale » formée par les époux bénéficie prioritairement aux hommes. Constatant que les femmes mariées sans enfants 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] 1997, p. 196). La préservation relative des femmes ne serait assurée que par la présence conjointe d'enfants et donc par l'intégration (1) 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 à ceux qui ne le sont pas, en revanche, elle augmente la protection des femmes mariées. Durkheim échoue cependant dans son explication de la régulation (2) matrimoniale excessive des femmes en avançant une théorie naturalisant les désirs sexuels masculin et féminin.

FIGURE I. – ***Taux de suicide masculin et féminin de 1980 à 2003*** *(pour 1 000)*



Source : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc, INSERM), décès de 1980 à 2003.

(1) Durkheim fait porter les bénéfices de l'intégration sur deux pôles complémentaires : la densité de la famille et les sentiments collectifs. Il précise : « Mais dire d'un groupe qu'il a une moindre vie commune qu'un autre, c'est dire aussi qu'il est moins fortement intégré ; l'état d'intégration d'un agrégat social ne fait que refléter l'intensité de la vie collective qui y circule. Il est d'autant plus un et d'autant plus résistant que le commerce entre ses membres est plus actif et plus continu. La conclusion à laquelle nous étions arrivés peut donc être complétée ainsi : de même que la famille est un puissant préservatif du suicide, elle en préserve d'autant mieux qu'elle est plus fortement constituée. » ([1897] 1997, p. 214).

(2) Selon Durkheim, la régulation matrimoniale correspond à la modération des passions (Steiner, [1994] 2005, pp. 44-47).

En lecteur sourcilleux du *Suicide*, Besnard revient sur cette « théorie inachevée » et met en avant le suicide fataliste (3) 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, 1987a, p. 138). Si l'antagonisme des intérêts masculins et féminins 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, bien au contraire. De plus, 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 tout autre ampleur.

C'est d'abord cette 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 et 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 et 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, 1987a, p. 378), 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. Cette hypothèse, que Besnard ne reprend pas à son compte, se retrouve exprimée cette fois comme constat chez Goldberg (1976). « 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

(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 enfants et les « époux trop jeunes ». Dans sa typologie, le suicide fataliste est le pôle opposé du suicide anomique. 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).

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, [1992] 2006, pp. 185-186) Ainsi, selon ces auteurs, les « risques d'être un homme » se paieraient au prix fort, notamment par le suicide.

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 pas aussi indépassables qu'il 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 au mariage, soit sur l'immunité des femmes face au suicide. De fait, en adoptant une problématique de genre qui unifie le problème, ces deux questions demandent à être traitées, mais séparément. Pour cela, la comparaison du suicide avec d'autres expressions de mal-être nous paraît une voie fructueuse en ce qu'elle invite à remettre en cause la surprotection féminine et à vérifier si le bénéfice masculin au mariage est confirmé à partir d'autres expressions du mal-être.

Dans son ambition de fonder la sociologie comme une science autonome, Durkheim est amené à circonscrire sa démonstration dans le caractère social d'un acte profondément individuel. Son entreprise le contraint à négliger les motifs personnels poussant au suicide et dont la diversité est quelque peu embarrassante pour dégager des régularités sociales. Soucieux surtout d'écarter l'explication psychologique qui cantonne le suicide à l'individu comme être unique, il rejette les motifs des souffrances individuelles afin d'en mieux dégager le social. L'un des nombreux mérites d'Halbwachs est d'avoir su réconcilier la dimension des souffrances individuelles et celle des causes sociales grâce au concept durkheimien d'intégration en précisant que « les motifs individuels du suicide n'en sont pas moins en rapport avec des causes générales, et font partie du même système. Si l'on ne s'en aperçoit pas, c'est qu'on sépare arbitrairement les grands courants de la vie collective et ces accidents particuliers, comme s'il n'y avait entre les uns et les autres aucun contact » ([1930] 2002, p. 383).

Les voies du mal-être sont-elles impénétrables ?

Dans un ouvrage posthume, Bentham va explicitement considérer le suicide comme l'expression du mal-être, ce dernier défini comme la « balance en faveur des peines » (4), 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 révèlera fécond comme nous le verrons par la suite. Néanmoins, il est difficile de souscrire à sa conception

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

utilitariste du suicide comme réponse *rationnelle* à un mal-être devenu insurmontable. Si l'individu a de « bonnes raisons » de mettre fin à ses jours, cela suffit-il à affirmer que le suicide est un acte parfaitement rationnel ? La théorie du choix rationnel postule que les individus seraient davantage poussés à se tuer à mesure que le temps leur restant à vivre se réduit et répondrait ainsi à l'augmentation observée du suicide avec l'âge (Hamermesh et Soss, 1974) (5). Ce constat, confirmé jusqu'aux années 1970, révèle désormais une tendance à l'uniformisation des taux de suicide masculins entre jeunes et plus âgés (Chauvel, 1997). De plus, cette tendance n'apparaîtrait que chez les hommes (Chesnais et Vallin, 1981) (6). La question de la sursuicidité masculine est brièvement abordée par Hamermesh et Soss dans une note de bas de page affirmant que l'écart genré des taux de suicide relève des facteurs démographiques du suicide et nécessite alors une théorie sociologique et non économique. Ils estiment cette justification suffisante pour limiter ensuite leurs analyses aux seuls suicides masculins. Or, dans le cadre conceptuel du choix rationnel, l'hypothèse du moindre suicide féminin devrait s'expliquer par la moindre solitude aux âges avancés et par le moindre chômage des jeunes femmes, ce qui s'avère entièrement contredit par les faits. Sauf à s'en remettre à la naturalisation des différences hommes/femmes et à assumer l'idée que les femmes sont moins rationnelles ou douées d'une autre forme de rationalité, la conception rationnelle du suicide échoue donc à expliquer l'une des plus grandes régularités du suicide.

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-être comme celle du bonheur et de la psychologie hédonique (7) 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, Gollac et Bessières *et al.*, 2003). Pour notre propos, nous retiendrons que le bien-être s'apprécie en *relatif* à une situation

(5) Baudelot et Establet ont reformulé sociologiquement cette idée en mobilisant le concept de Halbwachs de structuration du temps individuel au travers des cadres sociaux, ils avançaient : « 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. » L'âge interviendrait comme un « reste à vivre » temporel car « un adolescent et un sexagénaire ne sacrifient pas la même quantité d'existence » (Baudelot et Establet, 1984, pp. 105-106). Toutefois, cette idée n'est pas reprise dans leur ouvrage plus récent *Suicide. L'envers de notre monde* (2006).

(6) Cette hypothèse ne résiste pas à l'examen des courbes masculine et féminine du suicide. En tenant compte du décalage dû aux espérances de vie inégales des sexes, les courbes devraient être parallèles pour la même quantité de vie à sacrifier pour les deux sexes. Ce n'est pourtant pas le cas (Figure II).

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

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, Gollac et Bessières *et al.*, 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 stimuli (8) « 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] 1990, 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

(8) Roger Bastide souligne : « 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 au contraire de l'animal, il réagit à des symboles et pas seulement à des signaux. » (1965, pp. 8-9)

la seule psychologie (9). C'est aussi une souffrance objective en ce qu'elle revêt des formes repérables, des intensités et des régularités mesurables au travers de 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] 2002, 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] 1991). 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] 1990, 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 colleter avec une partie des tensions et passions qui

(9) 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, peut conduire à qualifier de psychologique ou de purement individuel ce qui ressort d'une relative carence de l'observation.

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, [1999] 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] 2002, 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] 2002, 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.

Le mal-être est en formes

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 que l'« 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] 1951, 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, Parayre et Mouquet *et al.*, 2001 ; Mouquet, Bellamy et Carasco, 2006). Les tentatives sont aussi quinze fois plus nombreuses que les suicides accomplis, ce qui montre des ordres de grandeur incomparables et confirme 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 inefficaces (10) ?

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] 2002, 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 orienté vers autrui (11). 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

(10) 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, premier mode de tentative de suicide quel que soit le sexe (Davidson et Philippe, 1986).

(11) 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 tourné et des suicides « vindicatifs » qui sont aussi une expression dirigée vers l'extérieur : déception amoureuse, vengeance ou chantage affectif (Baudelot et Establet, 2006).

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 pour les 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, diverses maladies mentales autres que dégénératives (12), 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 qualifierons 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 parcourait 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 leur 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 leur 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. Ce constat se révèle même plus général si l'on met en perspective la surmortalité masculine et la surmorbidité féminine (Aïach, 2001). L'idée d'un bien-être supérieur des femmes, reposant sur le constat de leur

(12) Il serait néanmoins nécessaire de pousser plus avant l'investigation sociologique des maladies mentales, et particulièrement la dichotomie, depuis longtemps soulignée, entre psychose et névrose (Bastide, 1965).

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 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 d'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 et 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, Rutter et Lachenbruch, 1991 ; Horwitz, White et Howell-White, 1996 ; Simon 2002 ; Umberson, Wortman et Kessler, 1992 ; Umberson, Chen et House *et al.*, 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 quels que soient 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, indicateurs et méthodes

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. La qualité des statistiques du suicide a souvent été mise en question, argument que certains ont jugé comme une preuve indiscutable de la faiblesse des résultats de Durkheim (Douglas, 1967 ; Baechler, 1975). Les statistiques du suicide ne reflèteraient que la procédure nationale de comptabilisation des décès par cause. Des biais peuvent intervenir lors du processus d'enregistrement des décès, particulièrement si le médecin certificateur ne se prononce pas sur l'intentionnalité de l'acte ou si, en cas d'autopsie, les instituts médico-légaux ne font pas remonter leurs conclusions à l'institution statistique. Même si la sous-estimation du suicide est habituellement évaluée entre 20 % et 25 %, elle ne modifie pas sensiblement les distributions sociodémographiques obtenues, ce qui autorise des comparaisons fiables entre groupes sociaux (Baudelot et Establet, 1984 ; Jougla, Pequignot et Chappert *et al.*, 2002). Les statistiques des causes de décès n'ont pas vocation initiale à servir aux études démographiques, épidémiologiques ou sociologiques. Elles détiennent peu d'informations sociodémographiques, ce qui limite les possibilités d'analyse. Pour cette raison, nous présenterons uniquement les taux de 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.

Malgré les insuffisances des statistiques du suicide, elles ont au moins le mérite d'exister. Il n'en est pas de même pour les tentatives de suicide, qui ne donnent lieu à aucun recueil systématique. En extrapolant les données fournies par les médecins et le système hospitalier, il a été estimé que 195 000 tentatives de suicide ont fait l'objet d'un recours aux soins en 2002. Celles n'ayant donné lieu à aucun contact avec le système de soins restent inconnues. Les enquêtes en population générale évaluent à 8 % la population ayant déjà effectué une tentative de suicide au cours de leur vie. Une sous-déclaration de ces événements douloureux et anciens est toujours possible. Si ce soupçon ne peut être totalement écarté, quelques indications en relativisent cependant l'importance. L'enquête Santé mentale en population générale de la DREES et du CCOMS et le Baromètre santé de l'INPES aboutissent à des

prévalences relativement proches (Mouquet, Bellamy et Carasco, 2006). Par ailleurs, le Baromètre santé 2005 indique que 0,4 % des individus âgés de 18 ans et plus ont déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours de l'année écoulée. Ce qui représente 190 000 tentatives, soit le même ordre de grandeur que celui enregistré par le système de soins. Le Baromètre santé dispose d'un effectif d'environ 30 500 personnes (INPES, 2006) et contient de nombreuses informations relatives à la santé en population générale ainsi qu'un volet consacré à la santé mentale. En raison de la faiblesse des effectifs, nous n'avons pu travailler directement sur les tentatives de suicide et avons élargi notre étude au risque suicidaire grave (RSG). Il est défini ici soit par la réponse positive à la question : « Au cours de l'année écoulée avez-vous fait une tentative de suicide ? », soit par les réponses positives à chacune des deux questions : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pensé au suicide ? » et « Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ? » (Bellamy, Roelandt et Caria, 2004). Les médecins et les psychiatres considèrent généralement qu'une première tentative augmente fortement le risque de récidive et de suicide. Ce constat, souvent fondé sur leur pratique personnelle de la médecine, semble confirmé statistiquement. Sur une cohorte de 300 individus hospitalisés pour une tentative de suicide, 7 % se sont suicidés et 37 % ont récidivé au cours des cinq années suivantes (Beautrais, 2004).

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 questionnement 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. La prise d'antidépresseurs, prescrits sur ordonnance, ne peut constituer une approche rigoureuse de la dépression au sens médical, dans la mesure où un quart des dépressifs ne se soigne pas (Morin, 2007). L'Agence du médicament précise qu'un tiers des antidépresseurs sont prescrits en dehors d'un épisode dépressif caractérisé (Amar et Balsan, 2004). Par ailleurs, 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 *MINI* (13), mais de plus est d'un niveau moindre (Le Pape et Lecomte, 1999). Nous avons finalement opté pour une mesure indirecte de la dépressivité au moyen de l'échelle *CES-D* (14), afin de réduire

(13) Le *Mini international neuropsychiatric interview* permet d'établir une échelle de dépressivité à partir d'une liste de symptômes. Il constitue une alternative au *CES-D*.

(14) Au travers de vingt 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

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 questionnement 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-mêmes (15). Contrairement aux représentations communes, cette sous-déclaration des maladies mentales est même légèrement plus prononcée chez les femmes (Macintyre, Ford et 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 mondiale de la santé, la consommation régulière d'alcool, tant qu'elle demeure modérée (16), 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

(suite note 14)
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 (voir 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, Neff et Harrington *et al.*, 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 au jour.

(15) 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 et Guéguen *et al.*, 2006).

(16) En moyenne, trois verres par jour pour les hommes, deux pour les femmes.

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 DETA (17) à travers quatre 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 (Canouï-Poitrine, Mouquet et 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.

Modèles statistiques et tests d'endogénéité

Contrairement aux données sur le suicide, celles sur le risque suicidaire, la dépression et la dépendance alcoolique autorisent des analyses multivariées de type logistique. Les variables introduites dans nos modèles sont l'âge, le sexe, le type de ménage, la position socio-économique (diplôme, statut d'activité et revenus du ménage), l'état de santé (invalidité ou handicap) et les événements marquants survenus au cours de l'enfance et de l'année écoulée 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 au jour d'éventuels effets contradictoires. Par cette méthode, il est ainsi possible d'évaluer rigoureusement la significativité des différences des paramètres masculins et féminins.

Des variables statistiquement inobservées ou inobservables, telles que l'apparence physique, risquent d'affecter à la fois la probabilité de vivre en couple et un plus grand mal-être. Le plus fort mal-être des personnes vivant hors couple serait alors redevable pour partie de ces variables inobservables et

(17) Le DETA (Diminuer, entourage, trop, alcool) est une adaptation du test clinique américain *CAGE* (*Cut down, annoyed, guilty, eye-opener*).

les coefficients des modèles logistiques biaisés. Pour corriger du biais d'endogénéité et estimer correctement les coefficients, on a généralement recours à des modèles estimant simultanément deux équations : la probabilité de vivre en couple et la probabilité de mal-être. Les corrélations entre les résidus de ces deux équations n'étant pas significatives, nos tests amènent à conclure à l'absence de biais d'endogénéité (18). La littérature internationale nous enseigne que le bénéfice au mariage recouvre davantage la protection procurée par cette union que la sélection matrimoniale. Au regard des études anglo-saxonnes fondées sur des données longitudinales, la sélection matrimoniale liée à l'état de santé mentale demeure limitée. L'étude d'une cohorte de jeunes adultes met en évidence que la dépression n'influe pas en tant que telle sur la probabilité de se marier. En revanche, les alcooliques sont davantage écartés du marché matrimonial (Horwitz et White, 1991) (19).

Contradictions apparentes dans les expressions du mal-être

En 2003, le taux de suicide féminin est trois fois inférieur à celui des hommes, s'établissant respectivement à 9,2 suicides contre 27,5 suicides pour 100 000 habitants. La régularité de la sursuicidité masculine tout au long de la vie, et cela quel que soit le statut matrimonial, confirme, si besoin était, que le suicide est avant tout une expression masculine du mal-être (Tableau I). 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] 1997, pp. 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] 2002, 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 procréé, ce qui tendrait à prouver que la surprotection féminine n'est pas attachée uniquement à la présence d'enfants mais repose également sur d'autres causes (Tableau I).

(18) Sur l'ensemble des modèles probit bivariés à variable instrumentale testés, seules les équations entre la vie en couple et la dépendance alcoolique des femmes présentent une corrélation modérée, significative au seuil de 10 %.

(19) Même si les conditions sociales de consommation d'alcool ne sont pas identiques en France et aux États-Unis, pour des raisons essentiellement culturelles, la référence aux travaux américains demeure pertinente car la dépendance alcoolique révèle un malaise de l'individu qui n'est socialement valorisée ni en France, ni aux États-Unis.

L'hypothèse séduisante de Baudelot et Establet s'appuie quant à elle 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 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 I. – ***Taux de suicide selon le statut matrimonial et l'âge***
(pour 100 000 habitants)

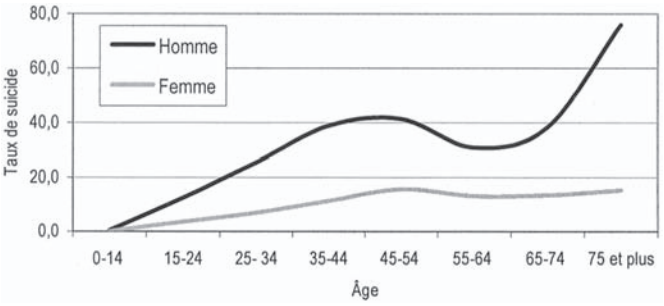
	Célibataire		Marié		Veuf		Divorcé	
	H	F	H	F	H	F	H	F
15 - 24 ans	12,4	3,6	17,5	5,0	-	-	-	-
25 - 34 ans	30,0	8,9	15,2	3,7	310,5	28,9	38,7	15,4
35 - 44 ans	49,4	16,5	27,4	6,9	130,6	30,4	76,4	22,3
45 - 54 ans	58,3	20,8	30,7	11,3	98,6	33,6	75,3	26,6
55 - 64 ans	55,9	16,6	23,0	10,4	87,5	17,4	54,8	22,3
65 -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

Cependant, si l'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 II), des tentatives de suicide et des risques suicidaires comme des dépressions féminines plus fréquentes devient épineuse à expliquer (Figure III). 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 et Philippe, 1986 ; Lemperière, 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 inefficientes, 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 suicide féminin et de la plus forte prévalence dépressive des femmes. En réalité, 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

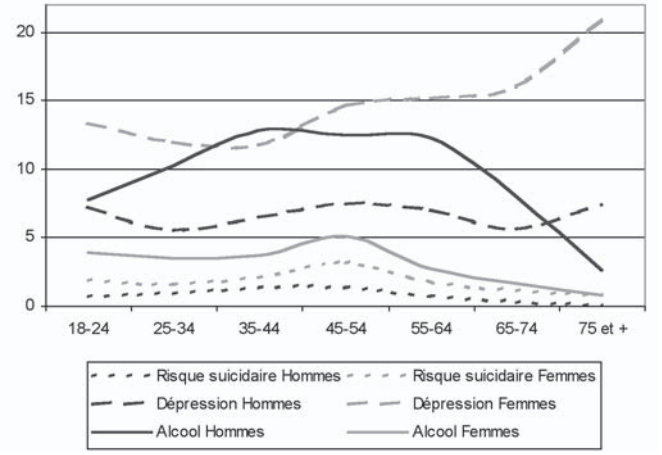
son mal-être. Toutefois, des chercheurs ont montré de façon convaincante que les relations de « support », c'est-à-dire de soutien ou de confidence avec des parents, des amis, des proches, modèrent la détresse psychologique. Ils soulignent que, sans leur réseau de relations plus dense, les femmes connaîtraient 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 (Umberson, Chen et House *et al.,* 1996). 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 et du suicide entre hommes et femmes.

FIGURE II. – ***Taux de suicide masculin et féminin selon l'âge*** *(pour 100 000)*



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

FIGURE III. – ***Risque suicidaire grave, dépression et dépendance alcoolique selon l'âge*** *(en pourcentages)*



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.

Les courbes du suicide selon le genre nous ramènent, d'abord et avant tout, à des différences de… genre. 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 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 se contente de ce seul indicateur. Est-ce qu'au fil du temps les capacités déclinantes des hommes, tant au niveau intellectuel que physique, ajoutées 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 social amputé de relations professionnelles ? 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 ?

En réalité, si le suicide féminin stagne après 45 ans, simultanément la dépression féminine progresse effectivement (Figure III). 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.

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 deux attribuable à l'alcool a lieu avant 65 ans.

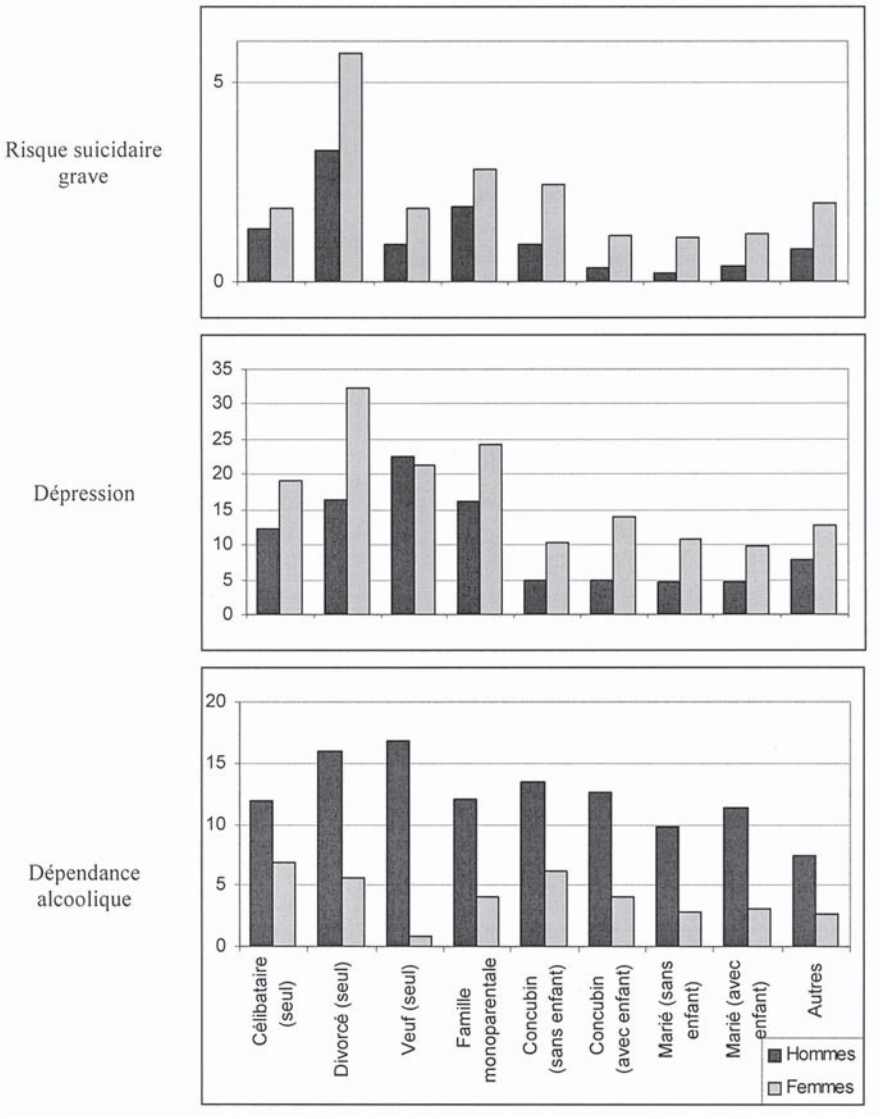
Les deux autres indicateurs se lisent moins aisément à partir de l'âge uniquement. La dépression masculine reste globalement stable au fil des âges. Le risque suicidaire masculin est extrêmement faible pour atteindre un niveau quasiment nul aux âges les plus élevés, confirmant là encore une dissociation 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, fruit des combinaisons multiples et complexes entre des pressions possédant leurs propres singularités, des intensités inégales, un individu dont les caractéristiques 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 à l'alcool et se suicident plus souvent.

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 IV). Ces résultats résistent aussi à une analyse multivariée. À autres caractéristiques contrôlées, les femmes ont près de deux fois plus de risques de présenter un risque suicidaire grave, deux fois plus d'être dépressives et cinq fois moins de risques d'être dépendantes à l'alcool que les hommes (Tableau III).

Cet ensemble de résultats milite pour l'hypothèse d'une expression du mal-être reposant sur la construction sociale des genres. Cette hypothèse permet donc bien 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, Aubusson de Cavarlay et Pottier *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

FIGURE IV. – ***Risque suicidaire grave, dépression et dépendance alcoolique selon le type de ménage*** *(en pourcentages)*



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.

couple et de la possession d'enfants (notamment Belotti, 1974 ; Singly, 1987 ; Bourdieu, 1998 ; Baudelot, Gollac et Bessières *et al.*, 2003), l'usage moins « spontané » de la violence, une violence moins physique que verbale (Choquet, Menke et Ledoux *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 définit chaque genre lors de l'enfance (Belotti, 1974) et viendra ensuite 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] 1963, 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.

Bénéfice différentiel au mariage et affaiblissement de l'institution matrimoniale

Depuis les travaux de Gove, la question du bénéfice différentiel au 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'avèrerait être une charge pour les femmes (Gove, 1972). Cette différence proviendrait des rôles traditionnels masculin et féminin au sein de la société conjugale. Le rôle domestique globalement dévalorisant qui incombe toujours aux femmes et auquel s'ajoute une faible satisfaction professionnelle pour les actives seraient ainsi à l'origine d'une plus grande frustration féminine (Gove et Tudor, 1973). Outre le choix critiquable des névroses, plus fréquentes chez les femmes, comme seule approximation de la santé mentale (Dohrenwend et 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 à l'affaiblissement de l'institution matrimoniale actuelle. Jusqu'à une période

récente, l'affirmation selon laquelle le mariage serait favorable aux hommes mais désavantagerait les femmes a rarement été remise en question, certainement parce qu'elle fait écho à notre connaissance sociologique des inégalités entre hommes et femmes (Williams, 2003).

La famille a pourtant 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. Ces évolutions matrimoniales ne peuvent être sans conséquence sur le partage des bénéfices à l'union retirés par chaque membre du couple. Déjà Durkheim montrait que « le mariage favorise d'autant plus la femme du point de vue du suicide que le divorce est plus pratiqué » (Durkheim, [1897] 1997, 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 rompu. 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 disparu pour autant (Besnard, 1997 ; Surault, 1995). Ainsi, les études anglo-saxonnes récentes portant sur la dépression ou la consommation excessive d'alcool montrent que le mariage a une influence positive sur la santé mentale des deux sexes (Ross, 1995 ; Horwitz, White et Howell-White, 1996 ; Simon, 2002 ; Williams, 2003). Ce résultat invite donc à réexaminer l'hypothèse du gain principalement masculin à la conjugalité.

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 enfants ; les divorcés, des personnes seules ou des chefs de famille monoparentale comme des personnes remises en couple. En termes de santé, les couples mariés vivant avec ou sans enfants 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 sa qualification juridique que du type de ménage effectif auquel il est associé (Hughes et Waite, 2002). Les données du suicide ne comportent malheureusement que le statut matrimonial légal. En revanche, les informations concernant la vie en couple, la présence d'enfants et les nouvelles formes familiales (union libre, famille monoparentale, etc.) sont disponibles pour les autres expressions du mal-être.

À la recherche des bénéficiaires à l'union

L'étude du suicide constitue un premier éclairage sur le gain différentiel au mariage, même si l'utilisation des statuts juridiques ne permet pas de distinguer précisément ce qui relève du mariage et ce qui a trait plus largement à la vie conjugale et familiale. Comme le constatait déjà Durkheim au XIXe siècle, à l'exception des mariages précoces, les personnes mariées se suicident moins que les non-mariées (Tableau II). En revanche, les veufs et les divorcés ne semblent pas bénéficier de leur statut d'anciennement mariés puisque leurs coefficients d'aggravation au suicide sont globalement supérieurs à ceux des célibataires. Ce sont d'ailleurs les hommes veufs qui se suicident le plus aujourd'hui (Besnard, 1997). Malgré l'affaiblissement de l'institution matrimoniale, le mariage préserve donc toujours du suicide. Mais cet effet bénéfique s'exerce-t-il encore exclusivement en faveur des hommes ?

Dans *Le suicide* (1897), Durkheim concluait au bénéfice principalement masculin au mariage. Un siècle plus tard, cette affirmation demande à 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 II). Relativement aux époux de chaque sexe, le célibat féminin apparaît même plus défavorable que le célibat masculin entre 25 ans et 44 ans, c'est-à-dire lors de la période principale de procréation. Aux yeux de la société, y compris des femmes elles-mêmes, aujourd'hui encore l'accomplissement féminin passe par l'enfantement. Même si la correspondance entre célibat et vie solitaire est devenue bien moins stricte en raison des évolutions matrimoniales, il est probable que transparaît ici la pression sociale exercée sur les femmes qui n'ont pas encore réalisé leur destin social de mère. Une fois l'âge biologique de procréation dépassé, le statut de célibataire paraît moins difficile à vivre pour les femmes. Par ailleurs, si les hommes veufs ont bien un coefficient d'aggravation au suicide plus élevé que celui de leurs homologues féminins, l'avantage masculin au mariage a disparu chez les divorcés. Contrairement à ce que Besnard (1997) observait entre 1981 et 1993, 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 tirés du suicide ? Comme nous allons le voir, la déstabilisation de l'institution matrimoniale conduit à reconsidérer l'affirmation du bénéfice masculin au mariage.

TABLEAU II. – ***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.

Profit masculin à la vie en couple

Les procédures « toutes choses égales par ailleurs » neutralisent, notamment, les écarts attribuables au genre pour chacune des expressions du mal-être. Elles permettent ainsi de se focaliser sur les différences sexuées selon le type de ménage, débarrassées de cet écart initial (20). À autres caractéristiques contrôlées (21), les individus vivant seuls, qu'ils soient célibataires, veufs ou divorcés, sont particulièrement sujets au mal-être, notamment dans ses formes suicidaire et dépressive (Tableau III). Le gain est observable à la fois pour les hommes et les femmes vivant en couple.

À l'instar du suicide, les bénéfices éventuels du mariage sont perdus dès sa rupture puisque les anciens mariés, veufs ou divorcés n'apparaissent pas plus protégés du mal-être que les célibataires jamais mariés.

Mais la protection profitant aux personnes en couple ne serait-elle pas due au simple fait d'échapper à la solitude ? À quel facteur agissant doit-on

(20) Dans cette partie, nous effectuons une lecture approfondie des différences genrées pour chaque type de ménage (Tableau III). La difficulté d'interprétation du tableau vient d'une double lecture : une lecture « en colonne » des trois expressions du mal-être. Pour chaque sexe, chaque type de ménage est comparé aux mariés avec enfants (modalité de référence). Par exemple, les hommes célibataires ont 4,2 ($e^{1,44}$) fois plus de risques de présenter un risque suicidaire grave que les hommes mariés avec enfants. De même, les femmes célibataires ont 2 ($e^{0,68}$) fois plus de risques de présenter un risque suicidaire grave que les femmes mariées avec enfants. Ces résultats montrent le bénéfice au mariage plutôt qu'au célibat pour les deux sexes. Cependant, la différence des risques relatifs (odds ratio) entre les genres exprime un bénéfice masculin plus grand. Une lecture « en ligne » des différences des paramètres masculins et féminins permet d'apprécier l'interaction entre un type de ménage donné et le sexe. Reprenons notre exemple du risque suicidaire grave : la différence entre les paramètres homme et femme pour la modalité « célibataire sans enfants » est statistiquement significative au seuil de 15 %. Le paramètre masculin supérieur (1,44 contre 0,68) dénote un bénéfice masculin plus important à être marié plutôt que célibataire.

(21) C'est-à-dire « à sexe, âge, position socio-économique, état de santé, événements marquants pendant l'enfance et au cours de l'année écoulée contrôlés ».

attribuer cette protection, à la présence d'un tiers – autant un conjoint qu'un parent, un ami ou un enfant – sur le lieu de vie et qui éloignerait des « idées noires », ou à la nature du lien réunissant les individus ? D'un point de vue théorique, les vertus intégratives des personnes avec qui l'on vit dépendent-elles de la quantité ou de la « qualité » de ces interactions ? À l'observation, ce profit provient essentiellement de la vie en couple. Partager le logement avec d'autres personnes (parents, amis, colocataires) que le conjoint ou les enfants éventuels augmente la probabilité de présenter un risque suicidaire grave pour les deux sexes, ainsi que de connaître des épisodes dépressifs pour les hommes. Le gain observé ne correspond donc pas au simple fait de ne pas vivre seul, mais de vivre avec ce partenaire particulier qu'est le conjoint (Gove, Hughes et Briggs Style, 1983). Quant aux enfants, leur présence n'exerce aucun effet, qu'il soit positif ou négatif, sur le mal-être des individus mariés. Le bénéfice tient donc moins à la présence d'enfants qu'à la présence du conjoint. Ces résultats sont éclairants à plus d'un titre. Ils suggèrent que la protection procurée par nos partenaires ne provient pas de la seule proximité relationnelle avec les amis, les parents et les enfants, ni de la seule représentation sociale du lien (la norme impose d'aimer ses enfants et ses parents), ni même semble-t-il de la force du lien affectif (aime-t-on plus son conjoint que ses enfants ?). Quelle qualité originale possède donc le conjoint que les autres relations ne détiennent pas ou pas avec la même force ? On ne peut avancer que des hypothèses. Au-delà de la vision romantique du lien amoureux, il se pourrait que cette qualité soit à rechercher dans la capacité à stabiliser le partenaire, à le « rassurer » face aux aléas de la vie quotidienne, c'est-à-dire dans son rôle de support.

Si les deux sexes tirent effectivement avantage à l'union, les hommes en retirent des bénéfices supérieurs. Les hommes célibataires vivant seuls et les chefs de famille monoparentale présentent un risque plus élevé de tendances suicidaires et dépressives que leurs homologues féminins (Tableau III). De même, les veufs vivant seuls sont nettement plus sujets au mal-être dans ses diverses expressions que les veuves. Ces résultats sont conformes au constat d'un gain supérieur des hommes à la vie conjugale. Une exception cependant : la plus forte dépendance alcoolique des femmes célibataires vivant seules indiquerait un possible avantage féminin à l'union. La particularité de cet indicateur, en termes de distribution sociale, mérite d'être soulignée. Alors que la position socio-économique influe peu sur la consommation excessive d'alcool chez les hommes, la dépendance alcoolique est principalement le fait de femmes très diplômées, disposant de revenus aisés, et probablement de femmes qui, moins soumises au contrôle social, s'éloignent des comportements socialement conformes à leur genre. La consommation régulière ou quotidienne se caractérise également par une inversion du gradient social chez les femmes, ce qui traduit un rapprochement des comportements masculins et féminins au sein des professions supérieures et reflète la modification des valeurs attachées à l'alcool, de plus en plus synonyme d'indépendance pour les femmes et de faiblesse pour les hommes (Beck, Legleye et Peretti, 2006).

TABLEAU III. – ***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 ***	
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
Âge						
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	-0,94 ***
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						
1er quintile	-0,14	0,02	0,22	0,25 **	-0,04	0,17
2e quintile	0,23	-0,01	-0,02	-0,03	-0,06	-0,11
3e quintile	*Réf*	*Réf*	*Réf*	*Réf*	*Réf*	*Réf*
4e quintile	-0,02	0,22	0,15	-0,17	0,03	0,25
5e quintile	0,25	-0,32	-0,21	0,00	0,19 *	0,47 ***
Statut d'activité						
En emploi	*Réf*	*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*		*78*		*71*	
Nombre d'observations	*379 sur 25 857*		*1 714 sur 17 815*		*1 350 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 %, ** significatif à 5 %, * significatif à 10 %,
Différence des coefficients homme/femme significative à : 5% 15%

[1] Ménages comprenant d'autres personnes (parentes 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.

Adieu la concubine : le bénéfice féminin au mariage

Pouvons-nous parler de « bénéfice au mariage » au sens strict ou plus globalement de profit à la vie en couple ? La comparaison des mariés et des concubins permet d'observer les effets liés à la forme de l'union, maritale ou libre, et ainsi de se faire une idée plus précise. Les hommes mariés ou concubins, avec ou sans enfants, s'écartent le plus du mal-être sous ses différentes expressions (22). Cela confirme l'effet bénéfique de l'union chez les hommes, indépendamment de la nature de cette union. Chez les femmes, le profit à la vie en couple, même moindre, se double d'un bénéfice au mariage. Effectivement, les femmes mariées affichent le plus faible niveau de mal-être, y compris par rapport aux femmes vivant en concubinage. Le mariage n'est plus aujourd'hui une contrainte excessive pour les femmes. Contrairement au constat dressé par Durkheim un siècle plus tôt, le bénéfice au mariage au sens strict, c'est-à-dire en tant que forme particulière d'union, est donc désormais davantage féminin que masculin.

Si l'institutionnalisation du divorce favorise les femmes mariées comme le prédisait Durkheim, en contrepartie le divorce en lui-même a créé de nouveaux risques familiaux (Singly, 1987). Face à l'éventualité d'une séparation, le mariage est devenu une protection juridique pour les femmes. La famille est l'un des lieux privilégiés des inégalités entre hommes et femmes, la naissance des enfants implique généralement pour la femme un retrait partiel ou total du marché du travail et induit une réduction de son autonomie et de ses relations, ainsi qu'une vulnérabilité sociale accrue en cas de séparation. C'est pourquoi le coût du mariage pour les femmes, par la limitation des perspectives de carrière, apparaît particulièrement élevé en cas de divorce. Les femmes divorcées, notamment quand elles n'ont pas d'enfants à charge, connaissent les risques suicidaires, dépressifs et alcooliques les plus élevés, et pâtissent fortement de la rupture du lien matrimonial. Le désavantage des hommes seuls et des femmes divorcées renvoie certainement aux bénéfices différents que chaque sexe retire 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 de la réduction de leur niveau de vie, les hommes de la solitude (Gerstel, Riessman et Rosenfiled, 1985 ; Umberson, Wortman et Kessler, 1992).

Le concubinage, pourtant moins traditionnel que le mariage, apparaît comme une forme d'union plus défavorable aux femmes. L'hypothèse d'un effet de sélection entre concubins et mariés ne peut cependant pas être totalement écartée. La religion, condamnant l'acte suicidaire, peut également présider au choix des individus entre le mariage et l'union libre. Cependant, la religion n'a visiblement pas d'impact significatif sur le risque suicidaire

(22) À l'exception du risque suicidaire, accru chez les hommes concubins sans enfants.

grave (23). De même, l'étude d'une cohorte de jeunes adultes initialement célibataires montre que le concubinage est effectivement associé à une consommation excessive d'alcool mais non à la dépression (Horwitz et White, 1998). Par conséquent, les méfaits du concubinage ne proviennent pas seulement de la sélection d'individus plus sujets au mal-être. La situation des femmes concubines peut s'expliquer par le fait qu'elles assument les charges de la vie familiale et subissent leurs conséquences professionnelles, sans bénéficier de la relative sécurité, notamment matérielle, procurée par le mariage en cas de séparation ou du décès du conjoint. De fait, la plus grande dépressivité des concubins par rapport aux mariés est principalement due au sentiment d'instabilité de la relation (Brown, 2000).

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 enfants (24), 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'enfants ne possède aucun impact sur le risque suicidaire grave, la dépression ou la dépendance alcoolique (Tableau III). 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'affecte de manière significative ni leur tendance suicidaire, ni dépressive, ni alcoolique (Tableau IV). Le rôle protecteur des enfants est, par conséquent, loin d'être évident face au mal-être en général. La revue de 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, Chen et House *et al.,* 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 que les époux se portent mutuellement (Ross, Mirowsky et Goldsteen*,* 1990).

(23) C'est ce que nous avons pu vérifier à partir d'un modèle logistique (non montré ici) sur les données du Baromètre santé. À autres caractéristiques contrôlées, la pratique comme le sentiment d'appartenance à une religion n'a pas d'impact significatif sur le risque suicidaire grave. L'effet de la religion n'a pu être testé sur les autres indicateurs, l'enquête Santé ne détenant pas cette information.

(24) Cependant, une étude danoise montre que la présence d'enfants en bas âge réduit la probabilité de suicide, en particulier chez les femmes (Qin, Mortensen et Agerbo *et al.*, 2000).

TABLEAU IV. – ***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

	Risque suicidaire grave		Dépression		Dépendance alcoolique	
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
Type de ménage						
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 **
Marié, en couple	*Réf*	*Réf*	*Réf*	*Réf*	*Réf*	*Réf*
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
Deux	*Réf*	*Réf*	*Réf*	*Réf*	*Réf*	*Réf*
Trois et plus	0,56	-0,27	0,19	0,02	0,10	0,04

Champ : Individus avec enfants.
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.

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 différents échanges, les diverses formes de soutien matériel comme psychologique, en bref le 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, Chen et House *et al.*, 1996).

Dans notre étude, seules les femmes chefs de familles monoparentales bénéficient de la vie commune avec leurs enfants puisqu'elles montrent une probabilité statistiquement plus faible de présenter un risque suicidaire grave que les divorcées sans enfants à charge. Ce constat pourrait s'expliquer par la modification de la nature de la relation établie entre parent et enfant après la séparation. L'hypothèse serait que le vide affectif laissé par l'absence du second parent soit en partie compensé par le resserrement des liens entre la mère et son enfant, c'est-à-dire par une substitution affective partielle du conjoint manquant par les enfants. Pour les hommes, en revanche, le fait de vivre uniquement avec leurs enfants génère des risques suicidaires et dépressifs accrus similaires aux hommes vivant seuls, montrant ainsi que pour eux la présence d'enfants ne réussit pas à combler le vide créé par l'absence de la conjointe. Contrairement aux pères, les femmes ne sont pas pénalisées par le surcoût qu'il y a à élever seules les enfants car elles en assumaient déjà la majeure partie de la charge lorsqu'elles étaient en couple.

Si les concubins souffrent de l'insécurité de leur relation, la présence d'enfants, en rendant la séparation plus délicate, consoliderait le couple. Pourtant, comme Brown (2000), nous constatons que la présence d'enfants aggrave au contraire les tendances dépressives des concubines (Tableau III). Outre le contrat de mariage et la sécurité qu'il procure face à l'éventualité d'une séparation, une autre différence entre mariées et concubines mérite d'être soulignée. 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. Au regard de la dépression, l'effet négatif de la présence d'enfants pour les femmes en union libre peut donc s'expliquer par le fait que, à la naissance des enfants, les rôles genrés traditionnels ont tendance à s'accentuer 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". » (Singly, 1987, p. 219). Si l'on adopte la redéfinition de la « régulation » de Besnard comme les attentes sociales liées aux rôles masculin et féminin dans le couple, les enfants peuvent être considérés comme une source de « régulation » excessive pour les femmes à cause du maintien des rôles traditionnels. Cette contrainte se manifesterait alors d'autant plus fortement pour celles qui aspireraient justement à se défaire des représentations sociales liées à leur sexe. Si cet effet négatif ne s'observe pas chez les femmes mariées, ce serait parce qu'elles sont, par sélection, plus enclines à adopter une répartition traditionnelle des rôles.

Le concubinage des femmes aggrave les risques de dépendance alcoolique qu'il y ait ou non des enfants, les tendances suicidaires en l'absence d'enfants et le vécu d'épisodes dépressifs en cas de présence d'enfants (Tableau III). 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 évolué, rien ne vient expliquer « l'affaiblissement » des qualités intégratives des enfants. Revenant sur les résultats de Durkheim, Halbwachs ([1930] 2002) 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 porte 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 protègerait 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. En raison de la socialisation différentielle lors de l'enfance, des places assignées et des rôles attribués aux deux sexes, il provient davantage du fait que chaque genre a sa propre façon de répondre aux différentes tensions de la vie. Nous aurions pu, en fonction des données disponibles, rajouter des expressions aussi diverses que l'abus de drogue, les comportements violents, les tentatives de suicide, la boulimie, l'anorexie, etc. qui sont tout autant des indicateurs des tensions entre un individu genré et la société. 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] 1997, pp. 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, dans le cas du suicide, tendrait implicitement à suggérer cette curieuse conclusion d'un bénéfice marginal des femmes 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 parents-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, contredisant par là l'hypothèse de Durkheim sur le seul suicide. 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 termes de santé mentale que de vivre durablement seul ou d'être séparé (Gove, Hughes et Briggs Style, 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 (voir note 1). 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 et flou 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 (25).

Évidemment, avant de parler de la qualité de la relation, encore faut-il qu'il y ait relation. Ainsi, les personnes seules sont les victimes toutes désignées du manque d'intégration familiale et nos résultats confirment dans les grandes lignes ce que Durkheim avait déjà montré en 1897 à propos des célibataires. Que le triplement du nombre des personnes seules depuis la fin des années 1960 ne se traduise pas par une augmentation proportionnelle des taux de suicide peut paraître troublant (26). Ce fait laisse supposer que la relative stabilité du taux global de suicide depuis cette date masque en réalité principalement des modifications dans la façon d'exprimer le mal-être. Il est probable que l'autocontrainte de la violence ait continué à progresser (27), limitant la violence contre soi. Si bien qu'à l'aune du suicide, on conclurait, contre toute attente, à un mal-être sinon réduit du moins en stagnation. Ce que vient démentir avec force l'augmentation continue du nombre des dépressifs.

Enfin, même en contrôlant le caractère genré des expressions de mal-être, s'il y a bénéfice au mariage plutôt qu'à l'union libre, ce gain serait désormais davantage féminin que masculin. Il est vrai qu'en un siècle la nature même de l'institution du mariage s'est modifiée en profondeur et que nous comparons des objets en fait différents. Aujourd'hui, l'union ne se doit plus d'être maritale pour être considérée comme le cadre légitime du couple et de la famille. De même, l'instauration du divorce par consentement mutuel a fortement

(25) Pour répondre à une critique déjà formulée en son temps par Philippe Besnard (1987b), il serait nécessaire de revenir plus en profondeur sur le concept de régulation de Durkheim avant de l'évacuer par le silence. L'étude détaillée dépasse le cadre de cet article mais il serait certainement fécond de la mener à terme en examinant la robustesse de ce concept.

(26) L'augmentation des taux de suicide s'observe de la fin des Trente glorieuses au milieu des années 1980 pour retomber ensuite au niveau du début des années 1960.

(27) Cette affirmation n'entre pas en contradiction avec le développement des délits avec violence, reflet de tensions et d'exaspérations sociales.

ébranlé le contenu du mariage. De façon paradoxale, à mesure que les femmes s'autonomisent et profitent des avantages associés au mariage, elles sont simultanément devenues les principales victimes, en termes de mal-être, de cette nouvelle fragilité du couple. Car si les femmes travaillent, leur place reste encore bien souvent limitée à celle de salaire d'appoint et de régisseur du foyer. Pour les femmes, la rupture engendre alors une vulnérabilité sociale accrue. Évidemment, l'institution du divorce et la forte progression du nombre de séparations proviennent de modifications plus profondes dans les rapports et les attentes réciproques des conjoints. Mais ces constats ne doivent pas pour autant conduire à idéaliser la vie maritale de jadis. Il suffit de constater que les pressions auxquelles étaient soumises les femmes se traduisaient auparavant par des névroses fréquentes, maladies qui ont progressivement régressé au cours du XXe siècle quand simultanément les dépressions féminines, et dans une moindre mesure masculines, augmentaient (Ehrenberg, 1998).

Anne-Sophie COUSTEAUX

Laboratoire de Sociologie Quantitative (LSQ) – CREST-INSEE
3, avenue Pierre Larousse – 92240 Malakoff

Observatoire Sociologique du Changement (OSC) – Sciences-Po CNRS
27, rue Saint-Guillaume – 75337 Paris Cedex 07

cousteaux@ensae.fr

Jean-Louis PAN KÉ SHON

Institut National d'Études Démographiques (INED)
133, boulevard Davout – 75980 Paris Cedex 20

jean-louis.pan-ke-shon@ined.fr

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.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Aïach P., 2001. – « Femmes et hommes face à la mort et à la maladie, des différences paradoxales » dans **P. Aïach, D. Cèbe, G. Cresson, C. Philippe** (dirs.), *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*, Rennes, Éditions ENSP (Recherche Santé Social), pp. 117-147.

Amar E., Balsan D., 2004. – « Les ventes d'antidépresseurs entre 1980 et 2001 », *Études et résultats*, 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., Ellenberg E., 2001. – « Suicides et tentatives de suicide en France. Une tentative de cadrage statistique », *Études et résultats*, 109.

Baechler J., 1975. – *Les suicides*, Paris, Calmann-Lévy.

Bastide R., 1965. – *Sociologie des maladies mentales*, Paris, Flammarion (Nouvelle bibliothèque scientifique).

Baudelot C., Establet R., [1984] 2002. – *Durkheim et le suicide*, Paris, Presses Universitaires de France (Philosophie) [6e éd.].

— 2006. – *Suicide. L'envers de notre monde,* Paris, Le Seuil.

Baudelot C., Gollac M. ; Bessières C., Coutant I., Godechot O., Serre D., Viguier F. (collabs.), 2003. – *Travailler pour être heureux ? Le bonheur et le travail en France*, Paris, Fayard.

Beautrais A. L., 2004. – « Further suicidal behavior among medically serious suicide attempters », *Suicide and life-threatening behavior*, *34*, 1, pp. 1-11.

Beck F., Legleye S., Peretti G. de, 2006. – « L'alcool donne-t-il un genre ? », *Travail, genre et sociétés*, 15, pp. 141-160.

Bellamy V. ; Roelandt J.-L., Caria A. (collabs.), 2004. – « Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale », *Études et résultats*, 347.

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].

Besnard P., 1973. – « Durkheim et les femmes ou le *Suicide* inachevé », *Revue française de sociologie*, *14*, 1, pp. 27-61.

— 1987a. – « Les sociologistes et le sexe. Réponse à Claude Dubar », *Revue française de sociologie*, *28,* 1, pp. 137-144.

— 1987b. – *L'anomie : ses usages et ses fonctions dans la discipline sociologique depuis Durkheim*, Paris, Pressses Universitaires de France.

— 1997. – « Mariage et suicide : la théorie durkheimienne de la régulation conjugale à l'épreuve d'un siècle », *Revue française de sociologie*, *38*, 4, pp. 735-758.

Bourdieu P., 1998. – *La domination masculine,* Paris, Le Seuil (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., [1999] 2005. – *Trouble dans le genre. Pour un féminisme de la subversion*, Paris, La Découverte.

Canouï-Poitrine F., Mouquet M.-C. ; Com-Ruelle L. (collab.), 2005. – « Le risque d'alcoolisation excessive : des écarts entre les déclarations des patients et l'avis des médecins », *Études et résultats*, 405.

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*, *38*, 4, pp. 681-734.

Chesnais J.-C., Vallin J., 1981. – « Le suicide et la crise économique », *Population et sociétés*, 147.

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.

Clark A. E., 1997. – « Job satisfaction and gender : why are women so happy at work ? », *Labour economics*, *4*, 4, pp. 341-372.

Dauphinot V., Naudin F., Guégen R., Perronnin M., Sermet C., 2006. – « Écarts entre morbidité déclarée et morbidité diagnostiquée. L'exemple de l'obésité, de l'hypertension artérielle et de l'hypercholestérolémie », *Questions d'économie de la santé*, 114.

Davidson F., 1986. – « Conclusions » dans **F. Davidson, A. Philippe** (dirs.), *Suicide et tentatives de suicide aujourd'hui. Étude épidémiologique*, Paris, INSERM (Grandes enquêtes en santé publique et épidémiologie), pp. 149-157.

Davidson F., Philippe A., 1986. – « Les tentatives de suicide » dans **F. Davidson, A. Philippe** (dirs.), *Suicide et tentatives de suicide aujourd'hui. Étude épidémiologique*, Paris, INSERM (Grandes enquêtes en santé publique et épidémiologie), pp. 33-68.

Davoine L., 2007. – *L'économie du bonheur peut-elle renouveler l'économie du bien-être ?* Noisy-le-Grand, Centre d'Études de l'Emploi (Document de travail du Centre d'Études de l'Emploi, 80).

Delbès C., Gaymu J., 2004. – « La retraite quinze ans après », *Les cahiers de l'INED*, 154.

Dohrenwend B. P., Dohrenwend B. S., 1976. – « Sex differences in psychiatric disorders », *American journal of sociology*, *81*, 6, pp. 1447-1454.

Douglas J. D., 1967. – *The social meaning of suicide*, Princeton, Princeton University Press.

Dubar C., 1987. – « À propos de l'interprétation du *Suicide* de Durkheim par Philippe Besnard », *Revue française de sociologie*, *28,* 1, pp. 127-136.

Durkheim É., [1897] 1997. – *Le suicide. Étude de sociologie,* Paris, Presses Universitaires de France (Quadrige) [9e éd.].

Ehrenberg A., 1998. – *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob.

Elias N., [1939a] 1991. – *La civilisation des mœurs*, Paris, Calmann-Lévy (Pluriel).

— [1939b] 1990. – *La dynamique de l'Occident*, Paris, Calmann-Lévy (Agora Pocket).

Freud S., [1915] 1968. – « Deuil et mélancolie », *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, pp. 145-171.

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*, *64*, 1, pp. 84-101.

Giddens A., [1992] 2006. – *La transformation de l'intimité : sexualité, amour et érotisme dans les sociétés modernes*, Paris, Hachette Littératures (Pluriel Sociologie).

Goldberg H., 1976. – *The hazards of being male : surviving the myth of masculine privilege,* New York, New American Library.

Gove W. R., 1972. – « The relationship between sex roles, marital status, and mental illness », *Social forces*, *51*, 1, pp. 34-44.

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.

Gove W. R., Tudor J. F., 1973. – « Adult sex roles and mental illness », *American journal of sociology*, *78,* 4, pp. 50-73.

Halbwachs M., [1930] 2002. – *Les causes du suicide*, Paris, Presses Universitaires de France (Le lien social).

— 1947. – « L'expression des émotions et la société », *Échanges sociologiques*, Paris, Centre de Documentation Universitaire.

Hamermesh D. S., Soss N. M., 1974. – « An economic theory of suicide », *The journal of political economy*, *82*, 1, pp. 83-98.

Horwitz A. V., White H. R., 1991. – « Becoming married, depression and alcohol problems among young adults », *Journal of health and social behavior*, *32*, 3, pp. 221-237.

— 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.

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.

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*, *43*, 1, pp. 1-21.

Husaini B., Neff J. A., Harrington J. B., Hughes M. D., Stone R. H.,1980. – « Depression in rural communities. Validating the CES-D scale », *Journal of community psychology*, *8*, 1, pp. 20-27.

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), 2006. – *Baromètre santé 2005. Premiers résultats,* sous la direction de Philippe Guilbert et Arnaud Gautier, Saint-Denis, Éditions INPES.

Jaspard M., équipe ENVEFF, 2001. – « Violences envers les femmes : une reconnaissance tardive » dans *L'état de la France 2001-2002*, Paris, La Découverte, pp. 76-79.

Jougla E., Pequignot F., Chappert J.-L, Rossolin F., Le Toullec A., Pavillon G., 2002. – « La qualité des données de mortalité sur le suicide », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, *50*, 1, pp. 49-62.

Le Breton D., [1998] 2004. – *Les passions ordinaires. Anthropologie des émotions*, Paris, Payot & Rivages (Petite bibliothèque Payot).

Lemperière T. (dir.), 2000. – *Dépression et suicide*, Paris, Masson (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*, 21.

Leroux I., Morin T., 2006. – « Facteurs de risque des épisodes dépressifs en population générale », *Études et résultats*, 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 **C. Broqua, F. Lert, Y. Souteyrand** (dirs.) *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 **M.-J. Saurel-Cubizolles, B. Blondel** (dirs.), *La santé des femmes*, Paris, Flammarion (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 **M. Borlandi, M. Cherkaoui** (dirs.), *Le suicide un siècle après Durkheim,* Paris, Presses Universitaires de France, pp. 147-184.

Mead M., [1935] 1963. – « Trois sociétés primitives de Nouvelle-Guinée », *Mœurs et sexualité en Océanie*, Paris, Plon (Terre Humaine).

Menahem G., 1992. – « Troubles de santé à l'âge adulte et difficultés familiales durant l'enfance », *Population*, *47*, 4, pp. 893-932.

Morin T., 2007. – « Classification des dépressifs selon leur type de recours aux soins », *Études et résultats*, 577.

Mouquet M.-C., Bellamy V., Carasco V., 2006. – « Suicides et tentatives de suicide en France », *Études et résultats*, 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, Presses Universitaires de France (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] 1998. – *Le monde comme volonté, le monde comme représentation,* Paris, Presses Universitaires de France.

Simon R. W., 2002. – « Revisiting the relationship among gender, marital status, and mental health », *American journal of sociology*, *107*, 4, pp. 1065-1096.

Singly F. de, [1987] 2003. – *Fortune et infortune de la femme mariée*, Paris, Presses Universitaires de France (Quadrige).

Steiner P., [1994] 2005. – *La sociologie de Durkheim*, Paris, La Découverte (Repères).

Surault P., 1995. – « Variations sur les variations du suicide en France », *Population*, *50*, 4-5, pp. 983-1012.

Tocqueville A. de, [1840] 1951. – *De la démocratie en Amérique*, tome 2, Paris, Éditions M.-Th. Génin, Librairie de Médicis.

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.

Williams K., 2003. – « Has the future of marriage arrived ? A contemporary examination of gender, marriage, and psychological well-being », *Journal of health and social behavior*, *44*, 4, pp. 470-487.