

Paul Archambault

Juin 1996

**Mémoire « ad hoc » pour l'obtention du DEA de Sciences Sociales
réalisé sous la direction de Michel Bozon**

***TROUBLES SUICIDAIRES ET DEPRESSIFS
AU PASSAGE A L'AGE ADULTE :
LE POIDS DES RELATIONS DANS LA FAMILLE.***

Institut National des Études Démographiques
École Normale Supérieure
École des Hautes Études en Sciences Sociales

REMERCIEMENTS

Ce travail a été réalisé d'avril à juin 1996 au cours d'un stage à l'INED (Institut National des Études Démographiques) .

Je remercie Michel Bozon d'avoir dirigé ce travail et d'avoir accepté de consacrer un précieux capital temps à cette étude. Michel Bozon et Catherine Villeneuve Gokalp m'ont fait pleinement profiter de leur très solide capital scientifique.

J'ai sollicité les personnels de la bibliothèque de l'INED et du service des enquêtes dont j'ai apprécié le capital de compétences techniques.

Sans le capital social et l'amitié de Marie-Pierre Levallois, cette recherche n'aurait pas vu le jour. Merci à Florence qui, munie d'une patience capitale, a relu et corrigé une première version de ce mémoire.

Enfin je n'oublie pas Béatrice et son capital affectif, réservoir infini de ressources dans lequel j'ai beaucoup puisé pour mener à bien ce projet.

Selon la formule consacrée, je suis responsable des interprétations et opinions qui sont présentées dans ce mémoire et je suis naturellement seul redevable de toute erreur ou omission y figurant.

INTRODUCTION

« ...les imperfections de la vieillesse sont assurément en plus grand nombre et plus incurables que celles de la jeunesse »

Diderot, 1751, *L'Encyclopédie*, cité par Galland 1991.

L'analyse du suicide par Durkheim n'a pas fait l'objet de nombreux prolongements pour l'étude sociale des désordres psychiques préalables dont la conséquence la plus dramatique peut être le suicide. De fait, dépression et tentative de suicide sont des objets d'étude aujourd'hui traités par la psychologie, la psychiatrie et la psychanalyse.

La sociologie des maladies mentales et l'épidémiologie sociale tendent à répondre à des hypothèses et à des questions que posent la psychologie ou la psychanalyse. L'attraction est forte (Dufrancatel 1968). S'il essaie de s'en démarquer, nous sommes conscients que le présent travail reste parfois sous l'influence de ce fort pôle d'attraction. Ceci s'explique par la puissance du référent théorique porté par ces deux domaines de recherche et l'abondance de la littérature qu'il a suscité.

La sociologie de la jeunesse a délaissé l'étude des fragilités individuelles pour se concentrer sur celle qui se manifeste le plus souvent au sein d'un groupe de pairs : la délinquance juvénile. L'analyse de la délinquance juvénile considère qu'elle est le fruit d'une disproportion entre les normes sociales fixées par le monde adulte et le manque de moyens à la disposition de l'adolescent pour atteindre ces normes. Il y a, selon Merton, (cité par Galland 1991) une rupture entre les buts de socialisation fixés et les moyens d'accès à ces objectifs. Dans cette optique, la jeunesse est un processus, socialement différencié, d'ajustements contradictoires et parfois douloureux aux normes du monde adulte. Nous postulons que cette interprétation de la délinquance peut aussi expliquer les problèmes psychiques que peut rencontrer le jeune adulte. Entre violence, délinquance et dépression la marge est parfois étroite, et ce sont peut-être des différences dans le manque de moyens disponibles qui expliquent ces manifestations différenciées de la « désocialisation »¹. Dans le cas des troubles dépressifs du jeune adulte, « l'équipement affectif » de base est souvent défaillant. Nous posons l'hypothèse que l'impossibilité d'un compromis entre générations forge des carences affectives qui complexifient le franchissement des étapes vers l'autonomie sociale.

La question de la responsabilité des adultes mérite donc d'être posée dans le cas des problèmes psychiques des jeunes, du fait de la coupure des liens entre générations qui est le plus souvent sous-jacente. Ici les rapports de générations doivent être compris au sens des rapports entre individus d'âges différents au sein de générations familiales avec un

¹Voir l'annexe 1 sur ce point, p. 53 s.

primat accordé à la relation parent/enfant. Au sein de la famille nucléaire, conflits et ruptures sont interprétables comme conséquences de l'instauration d'un mode de régulation par la logique affective (De Singly 1988). Ces conflits ne sont pas sans effet sur la santé psychologique.

Aujourd'hui, le concept de L'« entrée dans la vie adulte » résume les étapes de formation de l'identité sociale et l'analyse biographique est l'instrument privilégié de la sociologie de la jeunesse. Elle permet une décomposition fine des profils d'accès au statut d'adulte et des différences sociales qui les conditionnent. Ce mémoire exploite une source de données biographiques recueillies par l'INED en 1993 : l'enquête « *Passage à l'âge adulte* ». Des jeunes âgés de 25 à 34 ans ont été interrogés rétrospectivement sur leurs origines et sur les événements qui ont scandé leur vie. Cette source permet d'évaluer la très grande hétérogénéité des parcours de jeunesse. Ce sont les déboires, les échecs, les vicissitudes et l'instabilité de ces parcours qu'il faut saisir, afin de mesurer leurs impacts à long terme sur la santé psychologique du jeune adulte².

Avant toute chose, certains acquis statistiques de base doivent être rappelés. Le suicide et la tentative de suicide sont deux choses très différentes chez les jeunes. 70% des suicides des jeunes sont masculins. Le taux de suicide est minimal chez les jeunes et il croît avec l'âge. Le taux de suicide varie de 1 à 3 dans la tranche des 15-19 ans et celle des 20-24 ans. Le suicide est la deuxième cause de décès des jeunes après les accidents de la route. La morbidité par suicide (tentatives de suicide) fonctionne sur un schéma diamétralement opposé. Le taux de tentative de suicide est maximal entre 15 et 19 ans et décroît régulièrement et rapidement ensuite. La tentative de suicide est féminine (66%). En conséquence, chez les jeunes de 15 à 24 ans le ratio tentatives/suicides réussis est égal à 1/160 pour les femmes et 1/25 pour les hommes. Chez les personnes de plus de 65 ans, ce même ratio est égal à 1/3 chez les femmes et 1/1,2 chez les hommes. L'INSERM estime que près de 45 000 jeunes tentent de se suicider tous les ans (Philippe 1981).

Dans un premier temps, ce travail qualifie les problèmes psychiques des jeunes, de façon à définir des catégories pour leur analyse causale. La description des groupes de personnes ayant connu des problèmes psychiques est suivie des données de cadrage sociodémographique de ces groupes.

La seconde partie est consacrée à la recherche et à la définition des perturbations familiales qui créent les conditions profondes des troubles psychiques lors du passage à l'âge adulte. Ces causes profondes interagissent avec les causes contingentes que sont les «*événements de la vie*» (chômage, séparation) ; la mesure et l'interprétation de ces interactions sont discutées dans la troisième partie.

²Voir l'annexe 2 pour une présentation plus complète de cette enquête, p. 59 s.

QUELQUES RECOMMANDATIONS POUR LA LECTURE DE CE MEMOIRE

Conscient que la lecture « en diagonale » est un mode d'information inévitable dans l'abondance des publications, nous proposons différentes lectures possibles de ce mémoire en fonction de la disponibilité temps du lecteur.

Le travail statistique est basé sur le dépouillement sélectif de tableaux croisés. Le recours à une modélisation de type logistique a été exclue pour des raisons de clarté de l'exposition et de transparence de la construction des variables.

Le tableau p. 44 est une synthèse assez complète de l'analyse quantitative qui est le socle de ce travail. Aucun lecteur, même réfractaire aux chiffres ne devrait faire l'économie de la consultation de ce tableau.

Le lecteur très pressé pourra se reporter directement aux conclusions p. 46 à 48.

Le lecteur pressé mais soucieux de comprendre les principales argumentations consultera la définition des catégories p. 17, les principaux développements sur la famille p. 23 à p. 36 et l'intégralité de la troisième partie p. 38 à 44.

Le lecteur non spécialisé prendra connaissance de la première partie, p. 5 à 21 et de l'annexe 1 p. 53 à 58. Le lecteur spécialisé pourra se limiter à la consultation des tableaux correspondants et de l'annexe 2, p. 59 à 61.

Certain qu'une bonne fiction est un moyen d'appréhension du réel aussi convaincant qu'une étude sociologique (même la plus sérieuse), nous nous sommes efforcés d'aérer ce mémoire dont le sujet est grave. Des illustrations cinématographiques ou des extraits d'essai ont été insérés pour soulager une lecture qui pourrait paraître pesante à certains. Ces exemples sont choisis et témoignent du goût et des options culturelles de l'auteur du mémoire. Ils ne prétendent pas à une réalité objective et encore moins exhaustive.

Enfin, nous renvoyons le lecteur curieux vers deux sources bibliographiques dans lesquelles nous avons abondamment puisé :

- L'étude de George Menahem (1994) sur la relation entre les problèmes de l'enfance et la santé des adultes nous a permis de comparer et de valider nos résultats. Nos conclusions vont dans la même direction et sont le plus souvent concordantes.
- La lecture de l'article de Michel Bozon et Catherine Villeneuve-Gokalp (1994) sur l'enjeu des relations entre générations à la fin de l'adolescence a été déterminante pour l'exploitation de la notion de conflit de génération.

PREMIERE PARTIE

ESSAI DE CARACTERISATION DES GROUPES DE PATHOLOGIES PSYCHIQUES LORS DU PASSAGE A L'AGE ADULTE

L'étude quantitative des troubles psychologiques passe par une étape préalable et indispensable de définition des catégories de troubles. La taxinomie des troubles est d'emblée rejetée par le corps médical élargi (médecins généralistes , psychiatres cliniciens, psychothérapeutes). Il considère en effet qu'une pathologie psychique est par essence individuelle. Pour le clinicien, chaque cas est unique et l'on ne peut le grouper au sein d'une typologie statistique.

E. Zarifian nous met en garde : « *Devant la difficulté à définir scientifiquement le pathologique, on a recours en psychiatrie à la magie des chiffres. On sait que les statistiques rassurent et habillent de manière convenable n'importe quelle banalité. Une corrélation statistiquement significative peut n'avoir aucun sens clinique ou même heurter le bon sens, mais elle confère une respectabilité et permet d'affirmer n'importe quoi* »³

Nous sommes prévenus, la tâche est ardue et suscitera le verbe du détracteur.

Cette partie commente les questions G45 à G61 relatives aux problèmes de santé de l'enquête « Passage à l'âge adulte » (voir l'annexe 2) et une série de tableaux déduits des réponses à ces questions. Il doit conduire à l'élaboration d'une typologie simplifiée des problèmes psychologiques individuels. Les catégories devront respecter deux impératifs :

- la cohérence des troubles psychologiques dans chaque groupe ;
- la signification statistique des volumes dans chaque groupe. Pour que l'étude des facteurs d'explication des groupes soit possible, les effectifs des groupes doivent être suffisants pour que les découpages biographiques soient pertinents sur chacun des groupe.

1/ Des catégories subjectives

Les jeunes de l'enquête « passage à l'âge adulte » ont été interrogés sur trois événements d'origine psychologique : la dépression, la prise de tranquillisants et la tentative de suicide⁴. Ce découpage a priori du questionnaire et les questions fermées associées limitent les regroupements possibles.

On aurait aimé plus de détails sur la situation dépressive, des précisions sur les moyens de la tentative, ou encore le détail des médicaments absorbés. Les expressions du questionnaire « *avoir une dépression* » ou « *prendre régulièrement des tranquillisants* » font partie d'un vocabulaire

³E. Zarifian, *Des paradis plein la tête*, Odile Jacob 1994, p. 73

⁴Voir la partie santé du questionnaire reproduite dans l'annexe 2

aussi commun qu'imprécis. Le profane n'est pas informé des derniers avatars de la nomenclature médicale et des catégories cliniques. Chez les jeunes, l'autoqualification de l'état pathologique n'est probablement pas parfaite. On peut en effet croire que chez les personnes plus âgées, l'expérience et les événements de vie permettent de mieux cerner la frustration psychologique.

Que recouvre l'expression « avoir eu une dépression » ?

L'enquête « passage à l'âge adulte » laisse les enquêtés parler et s'autodiagnostiquer. Le procédé est assez singulier pour être souligné. Il n'est pas sûr que les psychiatres et épidémiologistes soient d'accord avec celui-ci, même si cet autodiagnostic est largement influencé par le diagnostic du corps médical.

Pour la mesure de la dépression, les enquêtes épidémiologiques qualifient traditionnellement les affections anxio-dépressives à partir d'un score de dépressivité. Ce score est une note synthétique construite à partir de réponses à des questions relatives à différents troubles caractéristiques de la dépression : inquiétude, insomnie, nervosité, désespoir, tristesse, conscience de se sentir déprimé etc. Le recueil d'informations s'appuie alors sur des méthodes établies de classifications des troubles mentaux : MMPI (Minnesota Multiphasi Personality Inventory), DSM III (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorder third edition), DIS (Diagnostic Interview Schedule) ou encore le score de Kandel.

L'autodiagnostic biographique est donc un postulat qu'il faut admettre pour l'analyse de la population dépressive. Il s'agit d'un diagnostic social, l'opinion du dépressif sur son mal-être est déterminée à partir de l'avis de son entourage. Il existe des dépressifs au sens médical (ou épidémiologique) qui ignorent leur mal et ne déclarent pas « avoir une dépression ». A contrario le diagnostic médical de personnes qui se disent « dépressives » peut conclure à bien d'autres maux que la dépression. On décrit plus loin (§2) les recoupements entre la population des dépressifs, la population suicidaire et celle des consommateurs de tranquillisants. Ces recoupements valident le bien-fondé de la démarche.

Encadré 1

Dépression

« Etat morbide, plus ou moins durable, caractérisé essentiellement par la tristesse et une diminution du tonus et de l'énergie.

Anxieux, las et découragé, le sujet déprimé est incapable d'affronter la moindre difficulté. Aussi ne prend-il plus aucune initiative.

Il souffre de son impuissance et a l'impression que ses facultés intellectuelles, notamment l'attention et la mémoire sont dégradées. Le sentiment d'infériorité qui en résulte augmen

fonpsych351piedent .10nt l

systématiquement. Le sens commun associe souvent les vrais tranquillisants et les antidépresseurs sous la même rubrique générique de « tranquillisants ». Mais le dépressif à qui l'on prescrit un tranquillisant et/ou un antidépresseur a reçu une information par son médecin. Il a donc probablement une perception plus fine que l'on ne l'imagine des différences pharmacologiques. Aussi les réponses à l'interrogation sur la prise de tranquillisants sont peut-être perturbées par cette difficulté terminologique. Il faut rester prudent en interprétant ce que peut évoquer « *la prise de médicament* » pour tout un chacun.

Les tentatives de suicide : un problème d'homogénéité de mesure avec l'enquête « Adolescents »⁵

La mesure du taux de tentative de suicide égal à 5,6% dans l'enquête « Passage à l'âge adulte » semble assez proche de la mesure de l'enquête « Adolescents » (6,5%) (Choquet, Ledoux 1994). Or les champs des deux enquêtes sont bien distincts. L'enquête « Adolescents » porte sur une population de lycéens âgés de 11 à 19 ans, alors que l'enquête « Passage à l'âge adulte » porte sur l'ensemble des jeunes de 25 à 34 ans. Des taux de suicide égaux traduisent une différence très significative des modes de déclaration de la tentative de suicide. Si l'on prend le chiffre de l'enquête « adolescents » comme référence, le chiffre de l'enquête « Passage à l'âge adulte » est très sous-évalué : la population ayant déclaré avoir commis une première tentative de suicide avant 19 ans ne représente plus que 2,4% de l'échantillon « Passage à l'âge adulte »⁶. Plus que les différences liées à la scolarisation, c'est le temps qui produit des effets d'oubli, de déni et de réinterprétation du passé. La vision instantanée que l'on a de ses 15 ans (optique de l'enquête « Adolescents ») est radicalement distincte de la vision que l'on a de ses 15 ans à 30 ans (optique de l'enquête « Passage à l'âge adulte »). Des actes graves ou jugés comme tels à 15 ans, seront relativisés, dédramatisés à 30 ans. L'acte volontariste et a priori bien délimité de la tentative de suicide est éminemment subjectif, les paramètres liés aux conditions d'enquête sont donc déterminants de sa mesure. Plus encore que le suicide (Baudelot/Establet 1984), la mesure vraie de la tentative de suicide est chimérique. Peu nous importe, on prendra le relevé des tentatives de suicide déclarées, comme approchant d'une réalité. Ce sont les variabilités du relevé qui vont nous guider pour la suite. La tentative de suicide est un fait qui conserve une part de subjectivité. Nous considérons que l'analyse des déterminants d'un phénomène subjectif permettent de le connaître plus objectivement.

On peut étendre ces considérations à la dépression et à la prise de tranquillisants. Le fait à expliquer est ici encore plus dépendant des aléas des déclarations individuelles. Une étude épidémiologique a été réalisée en Ontario (Oxford et coll. 1987; Boyle et coll., 1987)⁷ sur les troubles de conduite et les troubles émotionnels des enfants et des adolescents. L'information sur les troubles provenait à la fois des enfants, des parents et des enseignants et combinait une analyse clinique et statistique. L'étude montre que l'identification de la nature des troubles

⁵Enquête par questionnaire auprès de 12 466 lycéens âgés de 11 à 19 ans. Cette enquête a été réalisée par l'INSERM en 1993, en même temps que l'enquête « Passage à l'âge adulte »

⁶ Les chiffres sont variables d'une enquête à l'autre : une enquête de 1984 parmi 2 088 lycéens âgés de 15 à 19 ans comptait 2,3% de tentatives de suicide (Choquet, Davidson 1984), au Québec parmi 2 300 élèves âgés de 14 à 17 ans, 4,1% déclarent une tentative de suicide (Toussignant 1988).

⁷Citée par J. P. Valla et L. Bergeron (1994)

varie selon l'informateur. Les parents d'un milieu modeste (revenus annuels inférieurs à 10 000 \$ canadiens en 1993) privilégient les troubles de l'émotion chez leurs enfants adolescents. Ces mêmes adolescents sont plus enclins à déclarer des troubles de conduite, alors que leurs enseignants détectent un problème de déficit d'attention.

De plus, on aurait pu aussi insérer la violence, l'alcool, la drogue et l'échec scolaire dans une

Les troubles psychiques affectent majoritairement les femmes. Confirmant l'ensemble des études publiées sur les troubles dépressifs, la population des femmes de l'enquête « Passage à l'âge adulte » est deux fois plus touchée que celle des hommes. Le constat est valable pour les trois indicateurs de troubles mais la différence entre les sexes est maximale pour les épisodes de dépression (Tableau 1). Plus du quart des femmes (26%) déclare avoir connu une dépression alors que c'est le cas pour moins d'un homme sur huit (12,2%). Le sexe est à la fois un facteur et un marqueur de la santé psychologique des jeunes. On peut poser l'hypothèse que l'épisode de dépression est plus ouvertement déclaré ou même revendiqué chez les femmes, mais les éléments d'une démonstration sont délicats à recueillir⁸. Les écarts entre hommes et femmes sont moins forts pour la prise de tranquillisants (8,4% contre 14,9%) et pour la tentative de suicide (4% contre 7,2%).

Une autre option considère que chez les hommes, la fugue, la violence, la conduite dangereuse et la toxicomanie sont des conduites « d'évitement » de la dépression. Elles jouent le rôle d'équivalent dépressif (Barlet 1982). Là encore, si l'association déviance/dépression est fréquente⁹, les éléments d'une démonstration chiffrée du phénomène d'évitement sont délicats à réunir.

TABLEAU 1.- NATURE DES PROBLEMES PSYCHIQUES
 répartition exprimée en %, âge médian en année

	Homme			Femme			Total
	N	répartition	Âge médian	N	répartition	Âge médian	répartition
Total population	1478	100,0		1510	100,0		100,0
Dépression	181	12,2	24	392	16,0	23	19,2
Tentative de suicide	59	4,0	20	109	7,2	20	5,6
Prise de tranquillisants	124	8,4	24	225	14,9	23	11,7
Aucun trouble	1231	83,3		1020	67,5		75,3

La tentative de suicide : immature et radicale

⁸Entre 11 et 19 ans, la dépressivité des filles est 2 fois plus fréquente que celle des garçons (score de dépressivité 8, enquête « Adolescents », p. 336, *ibid*). Il n'y a donc pas dévolution nette de l'écart hommes/femmes selon la tranche d'âge, et l'hypothèse d'une croissance avec l'âge de l'affirmation par les filles de leur différence ne semble pas valide.

Un détour complémentaire consisterait à examiner les proportions des arrêts de travail liés à un épisode dépressif selon le sexe. Les arrêts de travail sont une source médicalisée pour laquelle on peut raisonnablement croire que le biais de déclaration est moindre. Ce sont en effet les médecins qui décident de l'arrêt de travail et non la personne arrêtée. Si le ratio femmes/hommes se réduit sur la mesure des arrêts de travail pour cause de dépression, on pourra considérer que l'écart des ratios entre la source déclarative (enquête) et la source médicalisée (arrêt de travail) est le biais de sur/sous déclaration de chacun des deux sexes. Nous n'avons pas trouvé dans la littérature sur les causes des arrêts de travail, une analyse assez précise permettant d'isoler les arrêts pour cause de dépression.

⁹Voir l'annexe 1, p. 53 s.

La tentative de suicide est l'apanage de la fin d'adolescence. L'âge médian lors de la tentative de suicide est égal à 20 ans, chez les hommes comme chez les femmes. Chez les femmes, les tentatives de suicide sont encore plus fréquentes avant 20 ans (46,7%) que chez les hommes (35,6%). Il faut préciser que les tentatives de suicide avant 14 ans sont très marginales.

En comparaison, les accès dépressifs et la prise de tranquillisants sont beaucoup plus tardifs : 24 ans chez les hommes et 23 ans chez les femmes. La tentative de suicide est une radicalisation juvénile de l'accès dépressif. L'adolescent a une vision immature, fantasmagorique, de la mort. L'appréciation de l'irréversibilité du suicide n'est pas centrale dans la tentative. Après 20 ans le prix de la vie est intellectuellement mieux appréhendé, son sacrifice sera plus lourd (Chabrol 1984).

La décomposition des structures d'âge montre à chaque fois une plus grande précocité des femmes. Il semble donc que chez les jeunes filles, la précocité biologique (puberté avancée par rapport à celle des hommes), la précocité du processus de socialisation et la précocité psychique soient inextricablement liées.

La dépression chronique (accès dépressifs répétés) commence plus jeune que la dépression unique. La structure d'âge des dépressifs chroniques est voisine de celle des suicidaires. Ce constat inclut un effet d'échantillonnage : un premier accès dépressif tardif aura par construction moins de chance d'être suivi d'un deuxième accès puisque le recul d'observation est faible.

TABLEAU 2.- STRUCTURE D'AGE LORS DU PROBLEME DE SANTE SELON LE TYPE DE PROBLEME
 % du total des colonnes

	Dépressifs		Suicidaires (N=168)	Preneurs de Tranquillisants (N=349)
	chroniques (N=151)	non chroniques (N=422)		
Âge lors du 1 ^{er} événement dépression				
moins de 16 ans	14,6	4,7	16,7	8,3
17 à 19 ans	23,2	13,3	26,2	18,1
20 à 24 ans	35,8	35,5	28,0	33,5
25 ans et plus	26,5	46,4	29,2	40,1
Ventilation selon le sexe (100%)				
Femmes < 20 ans	39,6	19,6	46,8	25,8
Femmes 20 ans	60,4	80,4	53,2	74,2
Hommes < 20 ans	34,0	14,5	35,6	27,4
Hommes 20 ans	66,0	85,5	64,4	72,6

Note : les personnes interrogées sont âgées de 25 à 34 ans, l'échantillon n'est donc pas totalement cadré à droite. Les données tranches d'âge comprennent un biais de non-cadrage. Plus que les écarts entre les lignes, ce sont les écarts entre les colonnes (types de fragilité) et entre les sexes qui méritent l'attention.

Les relations entre l'accès dépressif et la tentative de suicide

Ces liens entre dépression et tentative de suicide sont forts. Les conduites suicidaires et l'accès dépressif sont polysémiques. Le désir de mort et le désir de vie coexistent au sein d'un même individu (Chabrol 1984).

La dépression est parfois un préalable au suicide, parfois elle en est l'alternative. Bien souvent chez un dépressif, « *la vie n'est pas comme il le semble ou comme le patient le dit, insupportable avec une dépression, mais elle est inconcevable sans elle* » (Hendin 1982). Certains accès dépressifs visent à mobiliser l'entourage, à détourner l'hostilité. Ils remplissent la fonction de rite d'apaisement social. Parfois l'accès dépressif plonge un individu au départ non suicidaire dans une position d'anxiété et de culpabilité qui favorisent les idées de mort.

Une autre position consiste à lier inextricablement la dépression et les idées de mort. Le questionnaire permet d'avoir une idée précise des enchaînements entre l'état dépressif et l'état suicidaire. Il demande d'abord à l'interviewé dépressif si sa dépression a entraîné une tentative de suicide. Plus loin, on interroge l'interviewé suicidaire afin de savoir si son acte faisait suite à une dépression. Dans ce cadre, on pose la tentative de suicide comme un continuum logique de la dépression.

Trois tentatives sur quatre coexistent avec d'autres symptômes dépressifs. Plus de six premières tentatives sur dix suivent le premier accès de dépression. Seulement 25% des femmes et 27% des hommes déclarent avoir fait une tentative isolée de suicide. Les cas de tentatives antérieures à la dépression sont rares : 2% des dépressions masculines et 4% des dépressions féminines (Figure 1).

Toutes les dépressions ne conduisent donc pas à la tentative de suicide, mais une grande majorité des tentatives suivent une dépression. L'ordre le plus courant d'enchaînement des maladies psychiques débute en premier lieu par une dépression juvénile, éventuellement traitée par des tranquillisants. Une tentative de suicide peut suivre.

La dépression : plus longue et avec de moindres conséquences chez les femmes

Les dépressions prennent des formes variées. Elles se traduisent notamment par des troubles de comportement hétérogènes. Ce texte ne discute pas de la vaste question de la typologie des dépressions. Il s'attache seulement aux éléments les plus objectifs de leurs caractéristiques.

Le caractère répétitif de l'accès dépressif et sa durée semblent les éléments les plus pertinents de la qualification de la gravité de l'état. Plus du quart des dépressifs déclarent une dépression chronique. La proportion est très voisine chez les hommes (27,6%) et les femmes (25,8%).

La durée moyenne de la dépression est plus courte chez les hommes (5,7 mois) que chez les femmes (6,6 mois). Plus d'une femme dépressive sur quatre a connu une dépression pendant plus de 6 mois contre moins d'un homme sur cinq. Ces différences sont significatives du fait de la concentration des durées de dépression avant 6 mois : près de huit dépressions sur dix se terminent avant 6 mois.

La durée moyenne de la dépression chez une femme passe à 8,9 mois lorsqu'elle est aussi suicidaire. Chez les hommes, la durée de l'accès dépressif n'est pas liée à son caractère suicidaire. De même, la durée de la dépression féminine traitée par des tranquillisants (7,9 mois) est supérieure à la durée moyenne. Là encore, le constat est différent chez les hommes :

les dépressions masculines traitées avec des tranquillisants ne sont pas plus longues que la dépression moyenne.

De plus, il n'y a pas de relation nette entre la durée de la dépression et son aspect répétitif : la durée moyenne de la première dépression des dépressifs chroniques est voisine de la durée moyenne de la population dépressive globale (Tableau 3).

L'intérêt de la prise en compte de la durée tient dans sa corrélation avec la gravité de la dépression. L'enquête demandait aux dépressifs si l'accès avait eu des conséquences sur leur activité professionnelle et/ou sur leurs études. Les dépressions les plus courtes sont aussi sans conséquences (durée moyenne égale à 4,4 mois chez les hommes et à 5,9 mois chez les femmes). Malgré des dépressions plus courtes, les dépressions sans conséquences sont moins fréquentes chez les hommes (56,4%) que chez les femmes (68,9%).

L'analyse de la durée et des conséquences des dépressions s'inscrit au sein de la forte différenciation par le sexe des accès dépressifs. Les hommes déclarent moins d'accès dépressifs et ceux-ci sont d'une durée plus courte. Même si les conséquences suicidaires des accès dépressifs semblent également répartis entre sexe, la dépression des hommes est sans doute plus violente et compromet davantage leur avenir scolaire et professionnel. Choquet et Davidson (1981) ont montré la plus grande efficacité létale de la tentative de suicide masculine que féminine. Ce résultat peut être généralisé sur le plan des conséquences directes de la dépression.

TABLEAU 3.- ANALYSE DE LA POPULATION DEPRESSIVE

Répartition en colonne exprimée en %, durée moyenne de la dépression exprimée en mois

	Hommes			Femmes		
	N	Répart- ition	Durée moyenne	N	Répart- ition	Durée moyenne
Total Dépressifs	181	100,0	5,7	392	100,0	6,6
Dépressifs chroniques	50	7,6	6,5	101	25,8	6,6
Dépressifs+tranquillisants	73	40,3	5,6	150	38,3	7,9
Suicidaires et dépressifs	43	23,8	5,9	81	20,7	8,9
1°Dépression==> tentative	34	18,8	6,6	53	13,5	10,5
Dépressions longues (>6 mois)	36	19,9	15,3	100	25,5	16,9
Consultation d'un médecin	131	72,4	5,7	305	77,8	6,7
dont : avec prise de tranquillisants	67	37,0	5,2	138	35,2	7,9
Dépressions sans conséquences sur les études ou la vie professionnelle	102	56,4	4,4	270	68,9	5,9

Les tranquillisants, compagnons de l'accès dépressif

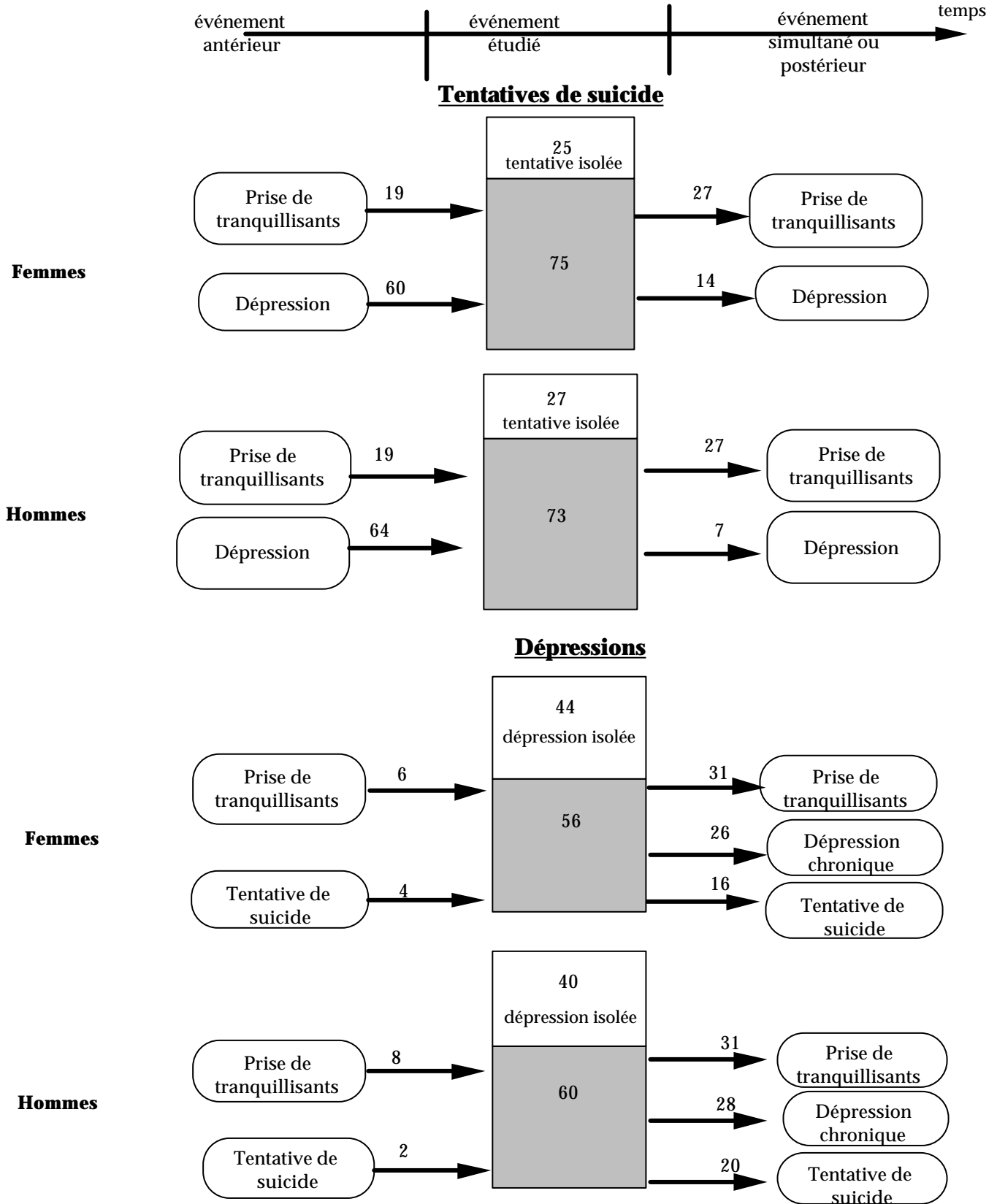
De nombreuses études font ressortir la filiation entre dépressivité et prise de médicaments psychotropes. Choquet et Ledoux (1994) montrent que la consommation de médicaments psychotropes par les adolescents de 11 à 19 ans passe de 7% pour les faibles scores de dépressivité à 46% pour les scores élevés¹⁰.

L'échantillon confirme très nettement ce lien dans la biographie des jeunes adultes. Près de quatre dépressifs sur dix (Tableau 3 : 40,3% des hommes, 38,3% des femmes) ont consommé des tranquillisants. De même, dans la population des consommateurs réguliers de tranquillisants, six hommes sur dix et près de sept femmes sur dix (Tableau 4) sont aussi dépressifs ou suicidaires.

¹⁰M. Choquet, S. Ledoux, *Adolescents Enquête nationale*, Les éditions INSERM, 1994, p. 154.

FIGURE 1 : ENCHAINEMENTS DES PROBLEMES PSYCHOLOGIQUES

Lecture : chez les femmes, 25% des tentatives de suicide ne sont pas précédées et suivies par un autre évènement (dépression ou prise de tranquillisants). Parmi 100 femmes suicidaires, 19 prenaient des tranquillisants et/ou 60 avaient connu une dépression avant la tentative, 27 prendront des tranquillisants et/ou 14 connaîtront une dépression en même temps ou après la tentative



Trois dépressifs sur quatre ont consulté un médecin ou un psychologue lors de leur dépression. Une consultation sur deux débouche alors sur une période de consommation régulière de tranquillisants. La prise de tranquillisants n'est donc pas la seule réponse médicale à la dépression des jeunes. La prescription est cependant un mode de traitement des dépressions des jeunes très employé par le corps médical¹¹.

Le recueil des motifs

Les enquêtés dépressifs ou suicidaires ont expliqué l'origine de leur problème psychologique. Il s'agit de l'explication de la maladie par le malade lui-même (ou plus exactement par l'ancien malade).

Détailler les résultats des motifs exprimés, c'est évidemment faire une part belle aux informations déclaratives. Il n'est pas question d'assimiler ces motifs conscients à des facteurs de risque ou à un terrain favorable. Les facteurs de risque feront plus loin l'objet des deux prochaines parties. Dans ces développements, nous montrerons que les causes profondes déclenchantes non apparentes sont les plus puissantes.

Les motifs sont les faits déclenchants, ceux qui « *font fait déborder le vase* ». Ces signes marquent le passage d'un état vraisemblablement pré-dépressif à l'état pathologique. Le motif énoncé permet de dater les débuts de la maladie. Ici, encore une fois, on peut souligner l'effet rétrospectif de la déclaration du motif. L'enquête est bien postérieure aux faits et les motifs donnés ont fait l'objet d'une analyse par le malade lui-même.

Les psychiatres soulignent par exemple l'incapacité d'analyse chez les adolescents suicidaires des causes de leur tentative. Les moments qui suivent la tentative sont ceux d'une grande confusion mentale et la verbalisation des motifs est très pauvre (Chabrol 1984). L'autobiographie médicale évolue avec le temps, le recul sur les faits, le traitement et la guérison. Les motifs évoqués ci-après sont donc matures. Ils paraissent plus fiables que les motifs instantanés recueillis sur le vif.

Des motifs bien identifiés et variables selon le sexe

¹¹Note sur le rapport Zarifian : un rapport commandé par le Ministère des Affaires Sociales au psychiatre E. Zarifian a fait l'objet d'une récente promotion médiatique (confer l'Express du 28 mars 1996, p46 à 50, *Tranquillisants : Le rapport qui accuse l'industrie pharmaceutique*). Devant le constat de la croissance simultanée des ventes de psychotropes (+7% en 1994) et des suicides en France (10 405 en 1980, 12 200 en 1993), le rapport Zarifian énoncerait les trois hypothèses suivantes (selon G. Badou, journaliste à l'Express) :

« - Soit les antidépresseurs ne sont pas prescrits aux malades déprimés, en dépit des campagnes dont les médecins font l'objet.

-Soit le traitement par les antidépresseurs incite au suicide.

-Soit la dépression et le suicide ne sont pas aussi liés que certains l'affirment. Et l'argument qui présente les antidépresseurs comme le traitement préventif du suicide est à rejeter. »

Si l'on fait abstraction du problème de la terminologie « tranquillisants », la première des hypothèses est infondée chez les jeunes. Prescription médicamenteuse et dépression vont naturellement de paires. De plus, notre étude montre le lien entre la dépression et la tentative de suicide, ce qui invalide partiellement la troisième hypothèse. La deuxième hypothèse est l'objet de controverses au sein du corps médical (voir H. Chabrol 1984, p. 113 à 115).

Les motifs sont bien identifiés, plus de neuf personnes sur dix ayant vécu une dépression ou une tentative de suicide évoquent un ou plusieurs motifs¹². Pour souligner les différences entre les maladies, le Tableau 4 distingue la population des suicidaires et la population complémentaire des dépressifs non suicidaires. Les séparations et divorces sont les causes les plus fréquentes des dépressions, comme des tentatives. Puis suivent en ordre dispersé, les problèmes scolaires et professionnels chez les dépressifs et les problèmes familiaux chez les suicidaires.

Les problèmes familiaux sont la principale cause invoquée par les femmes pour expliquer leur tentative de suicide (30,3%), l'échec scolaire ou professionnel est un trait distinctif de la dépression masculine (28,3%).

Le motif de séparation est toujours plus cité par les hommes que par les femmes, l'écart homme/femme est plus significatif chez les dépressifs (29,7% des motifs des hommes contre 22,5% chez les femmes) que chez les suicidaires. De même, l'écart selon le sexe est fort pour les dépressions après un problème professionnel ou scolaire (28,3% des hommes, 19,3% des femmes).

Ceci ne signifie pas pour autant que la sensibilité des femmes après une séparation ou un ennui d'ordre professionnel est moindre par rapport à celle des hommes. Pour interpréter ces résultats, il ne faut pas oublier que la dépression est plus de deux fois plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. La prévalence de la dépression après une séparation reste plus forte chez les femmes. Mais l'écart des fréquences de dépression selon le sexe, s'explique par une sensibilité particulière des femmes aux facteurs extraconjugaux et extraprofessionnels (décès, famille, autres événements). Ces facteurs extraconjugaux et extraprofessionnels sont beaucoup moins cités par les hommes. La sensibilité déclarée des hommes aux problèmes de l'environnement familial apparaît plus atténuée. Ces causes identifiées par les protagonistes ne dressent qu'une ébauche d'explication de leur maladie. Nous verrons que l'analyse des biographies individuelles objectives nuance très fortement ce premier constat trop subjectif.

TABLEAU 4.- MOTIFS DES DEPRESSIONS ET DES TENTATIVES DE SUICIDE
 % du total des colonnes

	Dépressions (hors tentatives)		Tentatives de suicide	
	Hommes (N=139)	Femmes (N=311)	Hommes (N=59)	Femmes (N=109)
Problèmes études/professionnels	28,3	19,3	16,9	11,0
Séparation/divorce	29,7	22,5	33,9	28,4
Décès	6,5	10,9	6,8	6,4
Problèmes familiaux	12,3	16,7	22,0	30,3
Aucun évènement précis	9,4	8,0	5,1	12,8
Autres	13,8	22,5	15,3	11,0

Total supérieur à 100 car les personnes concernées pouvaient déclarer plusieurs motifs

¹²Il n'est donc pas possible de raisonner par la suite en isolant une catégorie endogène de dépressifs sans facteurs déclenchants.

On peut ici dresser un premier résumé en soulignant les principaux résultats de description des problèmes psychologiques au passage à l'âge adulte :

- . La sur-représentation des femmes qui déclarent un problème psychologique.
- . La tentative de suicide est une dépression radicale, violente et juvénile. L'inverse n'est pas vrai, la dépression n'est pas forcément liée à un comportement suicidaire.
- . Les dépressions des femmes sont plus longues, mais les conséquences de la maladie semblent moins importantes pour les femmes que pour les hommes.
- . La séparation du conjoint est le motif direct de trouble le plus fréquemment invoqué. Les suicidaires et en particulier les femmes sont très sensibles aux troubles d'origine familiale. Les dépressions masculines font souvent suite à un échec d'ordre professionnel.

A ce stade on peut poser l'hypothèse que plus la fragilité psychologique est importante plus ses causes sont multiples et profondes.

Dans cette optique, la construction d'une échelle de gravité de la détresse psychologique semble la voie de classification la plus sage. On définit donc les quatre catégories d'analyse de la santé psychologique :

- 1/ Aucun trouble ;
- 2/ État dépressif atténué : prise de tranquillisants seulement, ou dépression non suicidaire après 20 ans, non chronique et sans conséquence et d'une durée inférieure ou égale à 6 mois ;
- 3/ État dépressif marqué : tout autre état dépressif, c'est-à-dire dépression suicidaire, dépression chronique, dépression longue (> 6 mois) dépression jeune, dépression avec des conséquences ;
- 4/ État suicidaire .

Par la suite, nous chercherons des associations entre la fragilité psychologique et les facteurs biographiques en raisonnant sur la base de la proportion de chacun des états dépressifs dans la population totale. Les indicateurs employés sont le taux de dépression atténuée, le taux de dépression lourde et les taux de tentatives de suicide exprimés en pourcentage. Ces indicateurs seront parfois désignés « risque de troubles » . Du fait de l'importance des disparités de comportement entre les sexes, l'ensemble des statistiques seront produites avec une séparation de la population par sexe.

3/ Quelques éléments de cadrage des populations dépressives

La faible association des troubles avec l'origine sociale et le niveau d'instruction

On ne saurait être complet sur la description des fragilités postadolescentes sans indiquer quelques éléments d'un cadrage socioprofessionnel de ces fragilités.

Chez les hommes, les risques de troubles sont très proches selon l'origine sociale. Seul le milieu de l'agriculture semble protéger les hommes des risques de troubles. Chez les femmes, les différences selon l'origine sociale sont mieux perceptibles en ce qui concerne la tentative de

suicide. Le risque de tentative de suicide des filles d'ouvrier est deux fois supérieur à celui des filles de cadre.

Plusieurs études font état de résultats semblables et notent de faibles associations entre les fragilités psychologiques et le statut ou l'origine sociale (Choquet, Ledoux 1994, Menahem 1994, Jensen 1990 cité par Valla, Bergeron 1994). Il est cependant possible que ces mesures du faible impact du statut ou de l'origine sociale soit le fruit d'appréciations très différenciées des fragilités selon les milieux. La déclaration et les manifestations des défaillances psychologiques seraient dans cette hypothèse propres à chaque milieu et ne recouvriraient pas les mêmes symptômes selon l'origine sociale. Lorsqu'un fils de cadre affirme avoir connu une dépression, il est conditionné par l'expérience et le mode d'identification de la dépression propre à son milieu. Cette expérience est probablement très différente de celle d'un fils d'agriculteur. Seule la mesure des fragilités par un observateur externe peut permettre d'éliminer ce bruit d'auto-évaluation « indigène » qui entache le Tableau 5.

Nous savons cependant que le mode de contrôle par leurs parents des filles d'ouvrier est bien différent des modes de contrôle de leurs frères et de celui pratiqué dans les autres milieux sociaux. La liberté de sortie des adolescentes d'origine ouvrière est très contrainte. Le contrôle des relations amoureuses des filles d'ouvriers est particulièrement stricte. Cette situation crée des conflits familiaux autour de la vie affectives de ces femmes. La volonté d'émancipation des filles d'ouvrier s'oppose à la crainte des parents de l'expérience sexuelle précoce de leurs filles (Bozon, Villeneuve-Gokalp 1994). On peut penser que ce mode d'éducation des filles en milieu ouvrier génère des tensions familiales qui fragilisent la santé psychologique des jeunes femmes.

Les écarts des taux de tentative de suicide sont un peu plus importants selon le niveau d'instruction. Ils recourent et accentuent les différences d'origine sociale. Le risque suicidaire diminue avec le niveau d'instruction. Les diplômés de formations courtes techniques forment une population plus protégée. Le risque suicidaire et dépressif est plus élevé chez les hommes sans diplôme (5,2%), comme chez les femmes sans diplôme (11,9%). Il semble peu vraisemblable que la culture scolaire soit productrice d'individus plus solides psychologiquement. Plus sûrement, la sélection scolaire exclut les individus les plus fragiles d'un système d'enseignement qui pardonne mal les déviations. De plus, l'intégration sociale des jeunes sans diplôme est problématique. Le taux élevé des tentatives de suicide des jeunes sans diplôme est la marque de la désocialisation de cette population.

A cet égard, les faibles niveaux de risques de troubles des diplômés de l'enseignement technique est un indice qu'il ne faut pas négliger. Chez ces diplômés aux origines sociales souvent modestes, l'acquisition d'une compétence scolaire résulte d'une stratégie individuelle et familiale d'ascension sociale. Le désir d'intégration est fortement valorisé par ces diplômés.

TABLEAU 5.- LE RISQUE DE TROUBLES SELON L'ORIGINE SOCIALE ET LE NIVEAU D'ETUDES

Risque de troubles exprimé en %

	N	Tentative de suicide	Problème dépressif	
			Marqué [1]	Atténué [2]
Hommes total	1 478	4,0	8,6	7,0
dont [3] :				
fils d'agriculteur	125	0,0	1,6	4,8
fils de cadre	190	2,1	10,5	5,8
fils d'ouvrier qualifié	379	4,2	7,7	6,3
fils d'ouvrier non qualifié	152	2,0	6,6	7,2
Diplôme de la personne enquêtée				
Sans diplôme	306	5,2	11,4	9,2
inférieur au BAC	604	4,3	8,6	7,1
BAC à BAC+2 en formation générale	131	6,1	11,5	5,3
BAC à BAC+2 en formation technique [4]	231	1,7	5,6	5,2
BAC +3, études en cours	206	2,4	5,8	6,8
Femmes total	1 510	7,2	18,3	12,3
dont [3] :				
filles d'agriculteur	130	3,8	19,2	10,0
filles de cadre	213	4,7	18,3	8,0
filles d'ouvrier qualifié	358	8,4	16,8	15,6
filles d'ouvrier non qualifié	169	9,5	15,4	13,6
Diplôme de la personne enquêtée				
Sans diplôme	353	11,9	22,1	17,6
inférieur au BAC	435	8,3	10,6	12,6
BAC à BAC+2 en formation générale	194	5,2	22,2	9,8
BAC à BAC+2 en formation technique [4]	310	3,9	15,5	9,4
BAC +3, études en cours	213	4,2	14,6	9,9

[1] dépression avec l'une des caractéristiques suivantes au moins : durée de l'accès supérieure à 6 mois, dépression chronique, dépression avec conséquences professionnelles, dépression avant 20 ans, tentative de suicide.
 [2] tout autre type de dépression et/ou consommation régulière de tranquillisants.
 [3] pour la clarté de la présentation, seules les données des 4 catégories socioprofessionnelles précitées sont exposées ici. L'objectif n'est pas de dresser une carte complète du paysage social, mais de faire apparaître les principaux écarts des fragilités selon l'origine sociale
 [4] ce poste inclut les formations paramédicales.

Les aînées de familles nombreuses plus exposées

L'échantillon révèle une remarquable constance des troubles lorsqu'on examine le rang occupé par la personne interviewée dans sa famille. Hormis les aînées de familles nombreuses, aucune des différences observées dans le tableau 6 n'est significative. Dans les familles nombreuses, l'implication et l'exigence domestique des parents semble plus forte à l'égard des aînées (première et/ou seconde fille d'une famille de 4 enfants et plus). Les garçons premiers nés héritent des droits symboliques que l'aïnesse leur confère. Les filles héritent plus des devoirs

et contraintes de leur rang de naissance. Dans ce schéma d'interprétation applicable en particulier aux milieux populaires, les aînées suppléent leur mère dans sa tâche domestique. Elles entretiennent des liens de dépendance/soumission plus forts avec la structure familiale parce qu'elles y jouent un rôle essentiel. Les cadettes disposent d'une plus grande liberté. Leur départ de la famille et leur trajectoire professionnelle seront mieux négociés (Blöss, Frickey, Novi 1994) et leur santé psychologique sera plus solide.

TABLEAU 6.- LES TROUBLES SELON LE RANG DANS LA FAMILLE
 Risque de troubles exprimé en %

	N	Tentative de suicide	Problème dépressif	
			Marqué [1]	Atténué [2]
Hommes total	1 478	4,0	8,6	7,0
Fils unique	154	3,9	9,0	10,4
Ainé de 2	222	4,1	9,0	7,2
Cadet de 2	185	3,2	9,7	8,1
Ainé de 3	131	3,1	8,4	6,9
Cadet de 3	115	2,6	10,4	2,6
Famille de 4 et Plus	529	5,3	8,3	6,6
Ainé ou second de 4 et plus	184	5,4	9,2	6,0
Femmes total	1 510	7,2	18,3	12,3
Fille unique	154	7,8	16,2	16,2
Ainée de 2	202	6,4	15,3	15,3
Cadette de 2	188	3,2	13,8	8,0
Ainée de 3	125	4,8	16,8	10,4
Cadette de 3	132	6,1	16,7	12,1
Famille de 4 et Plus	585	9,6	21,2	13,0
Ainée ou seconde de 4 et plus	192	13,5	22,4	15,6

[1] dépression avec l'une des caractéristiques suivantes au moins : durée de l'accès supérieure à 6 mois, dépression chronique, dépression avec conséquences professionnelles, dépression avant 20 ans, tentative de suicide
 [2] tout autre type de dépression et/ou consommation régulière de tranquillisants

Des trajectoires d'émancipation plus précoces

Le calendrier de l'autonomie du jeune adulte est-il différent en présence de problèmes dépressifs ?

Même s'ils respectent grosso modo l'ordre classique des étapes, les individus très dépressifs et/ou suicidaires ont un calendrier de passage à l'âge adulte plus précoce. Le franchissement précoce des étapes est particulièrement marqué chez les suicidaires. Seul l'âge d'accès à l'emploi stable reste en retrait de ce mouvement général de rajeunissement des étapes chez les dépressifs. Le temps est très déterminant dans cette période de vie que constitue la fin de l'adolescence. Les événements de vie se succèdent à un rythme que l'adulte ne connaîtra pas

plus tard. Aussi le moindre retard ou avancement d'une étape a une signification importante à l'âge de la constitution d'un statut d'adulte. La précocité des suicidaires est particulièrement nette pour toutes les étapes qui entraînent un bouleversement des structures affectives : première relation sexuelle, départ de chez les parents et première union. Un jeune homme suicidaire part en moyenne un an plus tôt de chez ses parents qu'un jeune homme qui n'a pas connu de troubles. Il connaît une première union avancée de près de 2 ans.

L'empressement des individus en proie aux difficultés à franchir les seuils d'accès à l'autonomie est un constat qu'il faut éviter d'interpréter à ce stade de l'étude. Le constat indique cependant les pistes sur lesquelles il faut s'engager : les perturbations du calendrier sont en fait le reflet d'une série de perturbations plus profondes. Au sein de ces dernières, les perturbations affectives semblent jouer un rôle prépondérant.

TABLEAU 7.- ÂGE AUX PREMIERES ETAPES DU PASSAGE A L'AGE ADULTE SELON LE PROFIL PSYCHOLOGIQUE

Âge médian des personnes ayant franchi l'étape

	Population			
	Suicidaire	Avec un problème dépressif		sans aucun problème
		Marqué [1]	Atténué [2]	
Hommes				
Première relation sexuelle	16,3	17,1	16,5	17,1
Fin d'études	17,6	18,3	18,2	18,4
Départ de chez les parents	20,0	20,3	21,0	21,1
Emploi stable [3]	20,4	20,6	20,8	20,8
Première union	20,6	21,5	22,1	22,4
Femmes				
Première relation sexuelle	17,2	17,5	17,8	18,0
Fin d'études	18,1	18,5	18,3	18,8
Départ de chez les parents	18,9	19,3	19,7	19,9
Emploi stable [3]	20,6	20,9	20,7	20,9
Première union	19,8	20,3	21,0	21,0

[1] dépression avec l'une des caractéristiques suivantes au moins : durée de l'accès supérieur à 6 mois, dépression chronique, dépression avec conséquences professionnelles, dépression avant 20 ans, tentative de suicide

[2] tout autre type de dépression et/ou consommation régulière de tranquillisants

[3] premier emploi de plus de 6 mois sans limite de durée

Note 1 : les taux de franchissement des étapes ne sont pas reproduits ici. Ils sont très proches pour chacune des populations. Les populations dépressives sont cependant plus enclines à former une première union que la population sans problème psychique.

Note 2 : l'enquête P2A s'adresse à des personnes nées entre 1959 et 1968. Bien que cette période soit courte, le franchissement des étapes évolue (relations sexuelles de plus en plus précoces, autonomie de plus en plus tardive...). En sortant ce même tableau sur les générations 59-63 et 64-68, nous avons vérifié que les écarts d'âge entre population sont stables pour chacune des deux générations. Afin de ne pas surcharger l'exposé, nous communiquons un tableau calculé sur toutes les générations confondues.

Encadré 2

La douleur de la différence : *Un ange à ma table*

Le film est la biographie de l'écrivain Janet Frame, Néo-Zélandaise, dont la chevelure rousse est le signe visible d'une différence irréductible. Il est une belle illustration de l'enchevêtrement des traits les plus profonds d'un caractère singulier avec les aléas physiques et biographiques de l'existence. Il cerne progressivement en trois étapes la vie et la personnalité de cette femme timide, ultrasensible, émotive et créative.

Le film s'ouvre sur l'enfance de Janet Frame qui naît dans une famille de cinq enfants, en milieu rural, au début du siècle. Très tôt, son don créateur et sa manière d'être pudique et retenue, associés à ses caractéristiques physiques (la chevelure rousse) la marqueront et entraîneront son isolement. A la maison, il existe de vrais moments de bien-être : lectures collectives au fond du lit et bonheur indiscible entre frère et soeur. La disparition de l'une de ses sœurs par noyade accidentelle sera une première épreuve mortifère et traumatisante. Après la noyade, J. Frame dépose sur le lit les habits de la morte et engage avec elle un dialogue d'outre-tombe.

Puis l'adolescence, avec l'entrée à l'université où l'héroïne subit son associabilité croissante. En ville, J. Frame est déracinée et revit son isolement. Elle devient totalement anémique et tente alors de se suicider. Elle fait un séjour en hôpital psychiatrique, véritable cauchemar où elle subit plus de dix électrochocs et dont elle parvient enfin à sortir, diminuée, amoindrie et résignée. Comme dans un retour sur les blessures de l'enfance, sa seconde sœur se noie. Seuls les balbutiements d'une carrière littéraire la sauve d'une lobotomie programmée. Rejetée, déconsidérée moralement et mentalement, J. Frame choisit un exil intérieur pour échapper à la folie à laquelle le monde la pousse. Elle endure sans jamais se révolter et se replie.

Dans la dernière partie, J. Frame découvre Londres, Paris, et Ibiza où elle vivra un amour unique et furtif mais libérateur. Elle retournera, apaisée, vivre en Nouvelle-Zélande dans une maison de campagne reculée. Ayant accepté sa souffrance, elle ne cesse de travailler et d'écrire. Son talent créateur lui permet d'exprimer et de canaliser cette douleur. A la fin du film, Janet Frame écrit et chuchote trois mots « *Hush, Hush, Hush* »¹³ qui traduisent son apaisement dans un monde où elle a enfin trouvé une place.

Dans une tradition psychologique bien établie, l'hypersensibilité est à la source à la fois de la dépression destructrice et de la création littéraire. Les rapports entre les deux sont très complexes, et varient à l'infini selon chaque individu : dépression destructrice, condition de la création ? Ou obstacle à celle-ci ? Création favorisant la guérison de la dépression ? Ou sans rapport avec elle ?

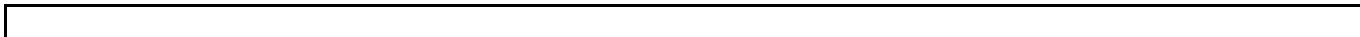
Dans le cas de Janet Frame, il semble que très tôt, les événements de sa vie, conjugués à un tempérament personnel fragile, l'aient prédisposée à la dépression. Son génie créateur chemine avec elle au travers des épreuves. Il se nourrit de ses parcours douloureux, de ces échecs, de cette solitude, et devient l'unique voie possible d'existence au sens plein.

1990, *Un ange à ma table*, un film de Jane Campion

Voir aussi :

Bourguignon T., 1991, *Les racines du moi* et Ciment M., 1991, *Les perruques rousses de l'autobiographie : entretien avec Jane Campion*, Positif n° 362

¹³ « chut, chut, chut »



DEUXIEME PARTIE :

LES PARCOURS FAMILIAUX ET LES FRAGILITES PSYCHIQUES

Dans une biographie individuelle, le lien familial est par définition le lien premier. Sa causalité avec les problèmes de santé psychique est la plus naturelle. Le sens de la causalité est clair : il va de la famille vers les problèmes de santé. Les premières manifestations dépressives sont adolescentes¹⁴, au moment où l'histoire familiale produit ses pleins effets.

Pour les psychologues et cliniciens, la tentative de suicide au passage à l'âge adulte est une distorsion grave entre l'univers mental du jeune adulte et son environnement familial. Les causes énoncées juste après l'acte par la personne suicidaire sont le plus souvent dérisoires et futiles. La tentative de suicide suscite donc immédiatement un questionnement sur la nature de l'environnement familial et le partage des responsabilités (Chabrol 1984).

La biographie familiale permet une reconstitution des fondements les plus profonds de l'instabilité psychique. Mettre en relation la famille et les comportements fragiles, c'est s'engager sur une voie sensible. Ce thème relève du conflit d'opinion, du « *débat de société* » dont certains médias font une consommation active. L. Roussel rappelle l'enjeu idéologique de ce débat, « ... *celui de l'innocuité sociale ou au contraire du caractère néfaste de modèles matrimoniaux qui admettent la dissolubilité du mariage* »¹⁵.

Le thème principal de la controverse est celui des effets des séparations sur les enfants. Les travaux sur ce sujet sont très nombreux ; le cadre d'analyse est le plus souvent celui du divorce. Ils portent sur les conséquences immédiates, sur la situation des personnes séparées ou sur leur biographie factuelle.

Les études sur les conséquences de long terme des séparations sont plus rares. Les travaux de J. S. Wallerstein et J. B. Kelly (1980), ceux de Kulka R. A. et Weingarten H. (1979) cités par O. Bourguignon (1985) sont les études les plus classiques d'examen comparé des conséquences du divorce sur les enfants. Ces études américaines, expérimentales ou cliniques, analysent aussi les effets de long terme des séparations. Nous discuterons plusieurs de leurs hypothèses et conclusions.

Les importants travaux de G. Menahem (1992, 1994) comparent les effets du climat familial dans l'enfance et du statut social sur la santé des adultes. La principale conclusion est une forte élévation du risque de déclarer des maladies lorsqu'on a connu des perturbations affectives pendant l'enfance. Les troubles psychiques sont particulièrement sensibles au « *grand manque d'affection* ». Comparativement, le nombre de maladies déclarées varie beaucoup moins fortement selon le statut social actuel. Pour G. Menahem, les problèmes affectifs durables de l'enfance se traduisent fréquemment « *par des attitudes moins prévoyantes à l'âge adulte, notamment à*

¹⁴Les dépressions et tentatives de suicide enfantines sont très marginales et sont exclues du champs de cette étude

¹⁵Louis Roussel, 1985 *Préface in Du divorce et des enfants*, O. Bourguignon, J.L. Rallu et I. Théry (eds.) PUF/INED, Travaux et Documents, cahier n° 111, p. 3

l'égard du risque et en matière de préservation de sa santé, ce qui impliquerait de plus fréquents troubles de santé et, par conséquent, des consommations médicales plus importantes »

La présente étude s'inscrit pour partie dans ce schéma explicatif en s'efforçant de détailler la notion de trouble affectif de l'enfance et de mesurer ses correspondances avec les événements de vie lors de l'émancipation. Par ailleurs, les jeunes suicidaires et dépressifs n'ont pas tous des parcours familiaux chaotiques, l'étude de la famille apparemment stable ne doit pas être oubliée.

L'enquête « Passage à l'âge adulte » donne une mesure des conséquences psychiques de long terme de certains parcours familiaux. Elle s'inscrit dans le cadre de la famille contemporaine et intègre les changements majeurs enregistrés ces trois dernières décennies : évolution des modes d'éducation des enfants, modifications des rapports entre les parents. Les jeunes interrogés sont nés dans la période 1958-1968, ils sont imprégnés du modèle parental des années 1970-1985. Au cours de cette période, les unions se font et se défont, elles sont moins stables. On constate une plus grande tolérance sociale de la rupture conjugale. Quelles sont les conséquences de long terme sur la santé psychologique des enfants ? Les enfants subissent-ils les contrecoups de la moindre légitimité du couple parental ? Quelles sont les formes familiales les plus fragilisantes ? Existe-t-il des modalités de rupture parentale avec de faibles impacts sur la santé psychologique des enfants ? Quels sont les milieux parentaux unis non exempts de risques pour les enfants ?

Telles sont les questions auxquelles nous tenterons d'apporter des éléments quantifiés de réponse, en examinant d'abord le cas de la famille dissociée, puis en détaillant les situations de conflit à l'intérieur de la famille.

1/ LA FAMILLE DISSOCIEE

La dissociation de la famille fait suite à des événements très divers. La rupture du lien parental suit deux configurations principales : mort d'un parent, divorce et/ou séparation avec ou sans conservation du double lien parental. Les risques de troubles sont variables dans chacune de ces configurations.

Nature de la dissociation : séparation ou décès

Les personnes dont les parents vivent ensemble à la date de l'enquête n'ont, par définition, pas connu de rupture majeure dans leur famille. En omettant les cas très marginaux des décès de collatéraux, la famille est dans ce cas un élément relativement stable de la biographie de l'enquêté. Dans cette configuration familiale qui concerne plus de deux personnes sur trois, le risque de suicide et les risques dépressifs sont atténués par rapport au risque moyen. Mais les risques sont loin d'être nuls, ou même marginaux. L'analyse des problèmes psychiques ne doit donc pas se concentrer sur les enfants de familles éclatées. La famille « stable » recouvre des réalités bien diverses et certaines sont moins protectrices que d'autres (confer supra §2)

Kulka et Weingarten (1979), après l'étude longitudinale d'une même population à 20 années d'intervalle, constatent que la dépression ne semble pas un effet de long terme du divorce, mais paraît plutôt résulter de l'absence d'un parent, par décès de ce parent. La séparation entraînerait un contact amoindri, alors que la mort signifie la perte totale de contact. O. Bourguignon (1985) relate ces travaux américains¹⁶. Elle signale à juste titre que cette affirmation mérite un sérieux réexamen. Cette conception psychanalytique qui voit dans le deuil (et l'impossibilité de s'y résoudre) un déterminant essentiel de la dépression est critiquable.

Les personnes qui ont connu une séparation de leurs parents avant 18 ans, sont plus suicidaires et plus lourdement dépressives que les personnes dont les parents sont morts sans être séparés, la différence est particulièrement marquée chez les femmes. Le deuil parental lors de la jeunesse est moins fragilisant sur la longue période que la séparation des parents (Tableau 1).

L'âge de l'enfant lors de la séparation

La précocité de la dissociation familiale peut être perçue comme un facteur d'aggravation du trouble, lié à une dissociation parentale. Les travaux sur le divorce montrent que c'est plus le mode d'expression des troubles que leur intensité qui est très variable selon l'âge de l'enfant lors du divorce (Bourguignon 1985). De plus, les dissociations les plus précoces sont suivies d'une recomposition familiale plus rapide (Villeneuve-Gokalp 1994), et certaines sont facteurs de stabilisation pour les enfants d'un premier lit. Aussi, les effets de long terme de la dissociation sont peu dépendants de la période de l'enfance au cours de laquelle elle s'est produite. Nous n'avons pas trouvé de liaison significative entre la fragilité dépressive et l'âge au moment de la dissociation du couple parental.

Une part non négligeable des personnes ont vécu une dissociation tardive : une séparation ou le décès d'un des deux parents postérieurs au départ de la personne de chez ses parents. Ces dissociations tardives sont bien vécues par les hommes et plutôt mal vécues par les femmes. L'ampleur de ce résultat est surprenante : les risques de troubles sont très faibles pour les hommes, inférieurs à ceux des personnes dont les parents sont encore ensemble. Ils sont élevés chez les femmes, proches des troubles des femmes dont les parents se sont séparés alors que la personne n'habitait plus chez ses parents (Tableau 1).

On peut suggérer une interprétation : chez les hommes, le départ du foyer parental constitue une véritable rupture qui symbolise le début de l'autonomie affective. Le garçon part vivre son destin et la dépendance affective est rompue par son indépendance matérielle et physique. Le poids des rapports familiaux reste important chez les femmes après leur départ, car l'entretien des liens entre les générations est l'un des attributs de la femme. Le départ du foyer familial ne rompt pas vraiment le lien avec ses parents. La femme vit plus longtemps avec son passé affectif, elle reste très sensible aux turbulences des rapports avec et entre ses parents, quel que

¹⁶Travaux et Documents, cahier n° 111, PUF/INED p. 136.

soit son statut matériel¹⁷. Il est probable aussi que la demande d'affection des parents, après le départ de leur enfant, est plus pressante pour les filles.

¹⁷Cette interprétation pourra paraître hasardeuse au lecteur. On lui propose cependant de continuer la lecture de ce texte(notamment jusqu'au §2). L'analyse croisée des séparations et des conflits et familiaux renforce cette explication

TABLEAU 1. - LES TROUBLES DES ENFANTS DE FAMILLES DISSOCIEES

Risque de troubles exprimé en %

	N	Tentative de suicide	Problème dépressif	
			Marqué [1]	Atténué [2]
Hommes total	1 478	4,0	8,6	7,0
A 18 ans				
Les parents vivaient ensemble	1 217	3,2	8,1	6,2
L'un des parents était mort	93	7,5	7,5	9,7
Les parents ne vivaient plus ensemble [3]	168	7,7	12,5	11,3
Détail de la situation lors de la séparation ou lors du décès				
La personne n'habitait plus chez ses parents	144	2,1	4,9	6,9
La personne habitait chez ses parents et :	341	7,6	12,6	10,6
Après la séparation, la personne a été élevée [4]				
.Par sa mère	229	7,4	10,9	12,2
.Par son père	66	6,1	10,6	4,5
Femmes total	1 510	7,2	18,3	12,3
A 18 ans				
Les parents vivaient ensemble	1 259	6,2	17,2	12,4
L'un des parents était mort	101	6,9	18,8	14,9
Les parents ne vivaient plus ensemble [3]	150	16,0	26,7	10,0
Détail de la situation lors de la séparation ou lors du décès				
La personne n'habitait plus chez ses parents	178	13,5	24,2	16,9
La personne habitait chez ses parents	298	10,7	23,8	11,4
Après la séparation, la personne a été élevée [4]				
.Par sa mère	203	10,3	20,7	12,8
.Par son père	62	14,5	30,6	6,5

[1] dépression avec l'une des caractéristiques suivantes au moins : durée de l'accès supérieure à 6 mois, dépression chronique, dépression avec conséquences professionnelles, dépression avant 20 ans, tentative de suicide.

[2] tout autre type de dépression et/ou consommation régulière de tranquillisants.

[3] ou ne vivaient plus ensemble au moment où l'un d'entre eux est décédé.

[4] il s'agit du parent chez qui l'enquête a vécu le plus longtemps.

Les chiffres inscrits en corps 8 indiquent des tendances.

Le parent gardien

En cas de rupture parentale huit enfants sur dix sont confiés à la mère (Leridon, Villeneuve-Gokalp 1988). De plus, les décès du père sont plus fréquents que ceux de la mère. Il résulte

donc que la garde de l'enfant est exercé par la mère dans plus de deux cas d'éclatement du couple sur trois.

Santrock et Warshak (1979) ont émis l'hypothèse que l'enfant du même sexe que le parent gardien a moins de difficultés que l'enfant de sexe opposé. Ces auteurs ont aussi avancé que l'interaction père/fils est plus riche dans les familles dissociées que dans les familles sans rupture.

La théorie psychanalytique valorise l'importance de l'identification au parent du même sexe¹⁸. La théorie de l'apprentissage (comportementalisme) met l'accent sur la reproduction sexuée de l'apprentissage social. L'hypothèse trouve donc deux justifications théoriques concordantes et impliquerait des conséquences psychologiques plus fortes pour les garçons que pour les filles de la mort d'un parent ou de sa séparation, du fait du mode de garde dominant par la mère.

L'échantillon ne montre pas de différence de risques de troubles selon le mode de garde pour les hommes. 7,4% des hommes gardés par leur mère ont tenté de se suicider et seulement 6,1% de ceux gardés par leur père. Le risque de dépression lourde est presque égal (10,9% contre 10,6%) et le risque de dépression atténuée est plus faible s'ils sont gardés par leur père (12,2% contre 4,5%). Pour les femmes, l'analyse des troubles semble plus concordante avec l'hypothèse de Santrock et Warshak. Les tentatives de suicides et les dépressions lourdes semblent plus fréquentes si les femmes sont gardées par leur père, mais les effectifs sont très restreints (Tableau 1).

On ne discute pas ici la réalité des variations de l'interaction père/fils selon la structure familiale. Nous émettons seulement des doutes sur l'intensité de leurs effets, puisque le sexe du parent gardien a globalement peu d'impact sur la santé psychique à long terme¹⁹.

La reproduction des comportements de séparation entre générations

Dans leurs deux enquêtes menées à 20 années de distance, concernant sur les conséquences de long terme du divorce des parents sur leurs enfants, Kulka et Weingarten (1979) rapportent des problèmes conjugaux plus fréquents chez les adultes dont les parents avaient divorcé. Certains pensent que la perception des problèmes conjugaux serait plus aiguë chez les enfants de parents séparés (Bourguignon 1985, p. 136). L'acuité de la perception des difficultés de la vie de couple serait plus forte chez les enfants qui ont vécu concrètement les problèmes conjugaux de leurs parents.

¹⁸Une question permettait d'approcher le lien d'identification aux parents, par le biais du désir de reproduction par les enfants de la profession des parents. On demandait à la personne si à un moment donné, elle avait eu envie de faire le même métier ou un métier proche de celui de son père ou de sa mère. Les items de réponses étaient les suivants :

« -Oui vous avez fait le même métier ou un métier proche ; -Vous y avez pensé, mais vous avez changé d'avis (ou vous n'avez pas pu) ; -Non, c'est un métier qui vous déplaisait fortement ; -C'est un métier qui ne vous déplaisait pas spécialement mais la question ne se posait pas, vous n'y avez pas pensé. »

Nous n'avons pas trouvé de relation statistique entre les modèles d'identification par la profession (ou de contre identification) fils/père fille/mère et la santé psychologique.

¹⁹Pour compléter l'argumentation, il est vrai qu'il faudrait procéder à une analyse similaire des comportements violents et délinquants des hommes.

Nous pensons que chez les adultes issus de parents divorcés, la séparation parentale et sa traduction par le divorce est une institutionnalisation et une normalisation des problèmes conjugaux. Ces adultes ont moins de réticence et de peur devant le passage à l'acte, puisque l'expérience parentale permet de mieux appréhender ses conséquences. La décision de séparation de son conjoint est difficile à prendre, ses enjeux sont forts. La réprobation familiale d'une décision de séparation est plus forte si aucune expérience de séparation n'entrave la biographie familiale du jeune adulte. Le contrôle social est d'autant plus déterminant que la décision est délicate. Une décision quelconque est toujours plus facile à prendre au regard d'expériences analogues.

Chez les enfants de parents séparés, le pourcentage très élevé de première union et le jeune âge de ces unions suggèrent une explication complémentaire (Tableau 2. A). La séparation des parents et les absences qui s'en suivent entraînent une recherche de compensation. Lorsque les parents sont dissociés, les conditions de vie affective et économique sont plus précaires, l'accès au statut de couple est alors une voie de stabilisation. Le premier conjoint a alors une fonction supplétive et comble les vides parentaux : manque affectif et conditions de vie matérielle instables. De plus, la première union, et l'éloignement des parents qui peut suivre, est aussi un moyen d'échapper aux mésententes parentales.

Les enfants de parents séparés ont donc une expérience plus jeune de la première union. La viabilité à terme de cette expérience compensatrice n'est pas assurée.

Dès lors, on enregistre de forts effets de reproduction des comportements de séparation. Le taux de séparation du premier conjoint est plus élevé lorsqu'on est enfant de parents séparés. La sensibilité des filles à l'antécédent de séparation parentale semble plus importante : le risque de séparation est accrue de +45% chez les filles de parents séparés (39,6% contre 27,3%) et +26% chez les fils de parents séparés (38,8% contre 30,6%).

Les expériences de séparation d'un premier couple sont plus nombreuses chez les enfants de cadres et de professions intermédiaires (notamment pour les filles). Nous avons vérifié que, chez les jeunes adultes, la reproduction des séparations se transmet avec une intensité comparable dans toutes les classes sociales²⁰.

TABLEAU 2. A- REPRODUCTION DES SEPARATIONS CONJUGALES ENTRE GENERATIONS

²⁰ce tableau n'a pas été reproduit ici

% de première union (première personne avec qui l'enquêté a vécu en couple),
 âge moyen lors de cette première union et % de séparation de son premier conjoint
 en fonction des antécédents parentaux de séparation

	N	% de 1e union	Age moyen 1e union	% Séparation 1e union
Hommes vivant ou ayant vécu en couple	1 183	80,0	22,7	31,2
dont :				
Les parents vivent ensemble [1]	959	78,8	22,9	30,6
Les parents sont séparés	224	86,0	22,2	38,8
Femmes vivant ou ayant vécu en couple	1 330	88,1	21,3	29,2
dont :				
Les parents vivent ensemble [1]	1 117	87,4	21,5	27,3
Les parents sont séparés	212	92,2	20,7	39,6

[1] ou vivaient ensemble au moment où l'un d'entre eux est décédé.

Les conséquences psychiques sont donc d'autant plus probables et étendues que la chaîne de séparations entre générations est ininterrompue. Dans la population des personnes qui ont vécu une séparation conjugale et dont les parents se sont eux-mêmes séparés, les risques dépressifs lourds sont multipliés par 2,5 chez les hommes comme chez les femmes. Cette population à risque compte plus d'un homme suicidaire sur dix et une femme suicidaire sur quatre (tableau 2. B) .

Le schéma de reproduction indirect (via la reproduction des séparations) ne doit pas éclipser la reproduction plus simple et directe des désordres pathologiques, chroniques et héréditaires au sein de la famille. L'exposition au risque dépressif et suicidaire est plus fort chez les enfants de parents instables, alcooliques ou eux-mêmes suicidaires et dépressifs (Choquet et Davidson 1981, Pfeffer et coll. 1988, Garfinkell et coll. 1981 ... cité par Chabrol 1984). En l'absence de données sur les antécédents de santé des parents, on ne peut pas contrôler cette hypothèse qui paraît tout de même très vraisemblable.

TABLEAU 2. B- LES TROUBLES ET LES SEPARATIONS MULTIPLES
 Risque de troubles exprimé en %

	N	Tentative de suicide	Problème dépressif	
			Marqué [1]	Atténué [2]
Total				
Hommes	1 478	3,9	8,5	7,0
Femmes	1 510	7,2	18,2	12,3
Les parents sont séparés et la personne s'est séparée de son premier conjoint				
Hommes	87	10,3	21,8	11,4
Femmes	84	25,0	37,0	13,0

[1] dépression avec l'une des caractéristiques suivantes au moins : durée de l'accès supérieure à 6 mois, dépression chronique, dépression avec conséquences professionnelles, dépression avant 20 ans, tentative de suicide
 [2] tout autre type de dépression et/ou consommation régulière de tranquillisants.

2/ CLIMAT ET CONFLITS DANS LA FAMILLE

Au-delà d'une histoire familiale objective (la séparation et/ou la mort des parents), une série de questions de l'enquête donne une description par le jeune adulte de la qualité de ses interactions avec son environnement familial. Dans ces questions, la personne expose son opinion sur le climat des relations entre parents et le ressenti de ses relations avec chacun de ces deux parents. On a repris le modèle d'exploitation des réponses de Bozon et Villeneuve-Gokalp (1994) sur l'entente entre parents et enfants. On a construit « *un indice de mésentente : il y a mésentente pour ceux qui ont déclaré qu'à dix-huit ans, ils s'entendaient (plutôt) mal avec leur père ou leur mère (dont ils n'étaient pas séparés), ou qui ont déclaré qu'un des principaux motifs de leur départ était leurs mauvaises relations avec leurs parents. Nous avons regroupé sous le terme d'entente minimale toutes les autres formes de relations, qui peuvent aller de la bonne entente à l'indifférence*²¹ ».

Dans le même ordre d'idée, nous avons défini une variable synthétique du climat parental. Le climat entre parents est mauvais lorsque les parents sont séparés ou lorsque la personne a déclaré que ses parents (non séparés) s'entendaient mal au moment de son départ du foyer. Le climat est dit minimal pour les autres formes de relations entre parents non séparés. Ces relations peuvent aller de la très bonne entente entre parents, jusqu'à une assez bonne entente avec des tensions²².

²¹On se réfère à deux questions formulées de la façon suivante :

« Comment vous entendiez-vous avec votre père et votre mère à cette époque?

- (Plutôt) bien; - (Plutôt) mal; - Ni bien, ni mal; - Parent absent. »

« Je vais vous citer quelques raisons de partir de chez ses parents. Vous me direz à chaque fois si, dans votre cas, ce motif a beaucoup joué, a joué un peu, ou pas du tout :

...Êtes-vous parti parce que vous ne vous entendiez plus avec vos parents ? »

²²La question était formulée de la façon suivante :

« Lorsque vous habitiez encore chez vos parents, diriez vous qu'il y avait entre eux ...

(actuellement, si l'enquêté(e) réside chez ses parents

- une (très) bonne entente ; - une assez bonne entente avec des tensions ; - une mauvaise entente, mais sans (ou peu de) disputes ; - des disputes fréquentes ; -autres (préciser). »

La séparation d'avec l'un des parents - plus que le deuil - est liée aux troubles dépressifs. Mais au sein de familles séparées, comme des familles unies, les rapports des parents entre eux et les rapports des parents avec leurs enfants sont loin d'être uniformes. Les configurations des ententes et compromis à l'intérieur des familles sont nombreuses et leurs conséquences psychiques très variées. Nous souhaitons discuter ici trois hypothèses sur la qualité des relations au sein de la famille.

Les conséquences psychologiques d'une séparation sont-elles identiques à celles d'une mésentente entre parents au sein d'un couple uni ?

Il s'agit d'évaluer les conséquences de l'harmonie parentale sur l'enfant. Le maintien du couple a-t-il un impact favorable sur la santé psychologique des enfants, si les relations entre parents restent tendues et/ou si le couple est maintenu par l'obligation d'éducation, pour la sauvegarde des apparences ?

La répartition des risques de troubles en fonction du climat parental donne des résultats moins cohérents pour les hommes que pour les femmes.

Chez les hommes, le comportement suicidaire n'est pas lié au climat parental, les variations des troubles dépressifs sont plus cohérentes, mais de faible ampleur.

Chez les femmes, le lien entre le climat parental et les troubles est très significatif. Le niveau élevé des tentatives de suicide en cas de mauvaise entente entre parents (12,4%) est proche de celui des filles de parents séparés (15,2%). Le niveau des troubles graves dépasse celui des filles de parents séparés (29,7% contre 27%) (Tableau 3). Ces différences ne sont pas significatives et indiquent donc que l'hypothèse d'équivalence des conséquences psychologiques d'une séparation parentale et d'un mauvais climat parental sans séparation, est vérifiée pour les filles.

Les garçons sont moins sensibles aux relations entre leurs parents. Cette spécificité masculine co-existe avec une sensibilité des garçons aux ruptures entre parents. Les données semblent donc incohérentes. Cette incohérence est levée par la prise en compte des conflits familiaux, objet du prochain développement.

TABLEAU 3. - LES TROUBLES SELON LES RELATIONS ENTRE LES PARENTS

Population ayant des relations avec les deux parents à 18 ans

Risque de troubles exprimé en %

	N	Tentative de suicide	Problème dépressif	
			Marqué [1]	Atténué [2]
Hommes				
Climat parental "minimal"	891	3,1	7,7	5,4
dont : Bonne entente parentale	536	2,4	5,6	5,0
dont : Bonne entente avec des tensions	355	4,2	11,0	5,9
Mauvais climat parental [3]	110	0,9	10,0	2,7
Parents séparés avant le départ de l'enquêté	203	7,9	14,3	11,8
Femmes				
Climat parental "minimal"	1 112	3,4	11,1	8,8
dont : Bonne entente parentale	515	2,9	13,2	10,8
dont : Bonne entente avec des tensions	367	6,3	15,0	11,4
Mauvais climat parental [3]	145	12,4	29,7	11,0
Parents séparés avant le départ de l'enquêté	230	15,2	27,0	11,3

[1] dépression avec l'une des caractéristiques suivantes au moins : durée de l'accès supérieure à 6 mois, dépression chronique, dépression avec conséquences professionnelles, dépression avant 20 ans.

[2] tout autre type de dépression et/ou consommation régulière de tranquillisants.

[3] la question sur l'entente entre les parents n'était pas posée aux personnes qui n'habitaient plus chez leur parents lorsque ceux-ci se sont séparés. Une mauvaise entente a donc été présumée sur ces cas particuliers.

La prépondérance des rapports des parents avec leurs enfants

Lorsque le climat parental est tendu et/ou lorsque les parents se séparent, la mésentente conjugale peut se généraliser et les relations des parents avec leurs enfants peuvent devenir mauvaises. Le tableau 4 montre que les conflits des enfants avec leurs parents sont beaucoup plus fréquents lorsque le couple est dissocié. 37,1% des fils de parents séparés sont en mésentente avec l'un des deux parents au moins, contre seulement 14,5% des fils de parents non séparés. Plus d'une fille de parents séparés sur deux vit en conflit avec l'un de ses deux parents au moins, contre une fille sur cinq lorsque les parents sont ensemble.

**TABLEAU 4. - FREQUENCE DES MESENTENTES ENTRE LES PARENTS ET LEURS ENFANTS
 SELON LE SEXE DES ENFANTS ET LE STATUT DU COUPLE PARENTAL**

Population ayant des relations avec les deux parents à 18 ans

	Mésentente parent/enfant		Entente « minimale »	
	N	% en ligne	N	% en ligne
Hommes	227	17,4	1 080	82,6
Parents séparés [1]	62	37,1	105	62,9
Parents ensemble	165	14,5	975	85,5
Femmes	335	24,9	1 008	75,1
Parents séparés [1]	79	52,0	73	48,0
Parents ensemble	256	21,5	934	78,5

[1] ou ne vivaient plus ensemble au moment où l'un d'entre eux est décédé.

La corrélation des conflits parents/enfants avec le risque de troubles est maximale²³ pour les hommes, comme pour les femmes. Les écarts sont particulièrement élevés pour les hommes (risque de tentative de suicide multiplié par 6,5 pour plus de 17,4% de la population en mésentente avec ses parents) (Tableau 5).

Les conflits familiaux sont très souvent des conflits généralisés. La discorde entre parents rejait sur les enfants. Les enfants, enjeu majeur de la séparation, sont souvent obligés de prendre parti et/ou sont souvent pris à parti par leurs parents. Des conflits d'origine parentale naissent des conflits filiaux. Ces conflits secondaires ont plus d'impact sur la santé psychologique des enfants que le conflit parental originel. Plus les relations entre chacun des parents et leurs enfants sont bonnes, moins les conséquences traumatiques d'une séparation des parents sont importantes.

Les femmes déclarent des rapports plus conflictuels avec leurs parents (Bozon, Villeuneuve-Gokalp 1994). 24,9% des femmes ont vécu des conflits avec leur parents pour 17,4% des hommes. On pourrait penser que cette particularité féminine, en association avec le lien puissant entre les conflits et les problèmes de santé, explique une partie des différences des prévalences dépressives entre les epuisparatie luezes epjneuvavedtip. On r,'un51cartes es rapque dde

sensibilité relative des hommes plus importante aux conflits de générations par rapport à celle des femmes.

TABLEAU 5. - LES TROUBLES SELON L'ENTENTE AVEC LES PARENTS

Population des personnes ayant des relations avec les deux parents à 18 ans

Répartition des effectifs et risque de troubles exprimés en %

	N	Part	Tentative de suicide	Problème dépressif	
				Marqué [1]	Atténué [2]
Hommes total	1 307	100,0	3,4	8,1	6,8
Entente "minimale"	1 080	82,6	1,6	5,6	5,5
dont :					
Bonne entente avec les 2 parents	831	63,6	1,1	4,5	5,8
Mésentente parents/enfant	227	17,4	11,8	19,8	12,7
dont :					
Mauvaise entente avec la mère	82	6,3	15,9	23,2	15,9
Mauvaise entente avec le père	147	11,2	12,2	23,8	9,5
Femmes total	1 343	100,0	6,8	17,5	12,5
Entente "minimale"	1 008	75,1	3,7	14,1	11,8
dont :					
Bonne entente avec les 2 parents	737	54,9	3,0	12,3	10,7
Mésentente parents/enfant	335	24,9	15,8	27,4	14,6
dont :					
Mauvaise entente avec la mère	165	12,3	18,2	26,1	13,3
Mauvaise entente avec le père	198	14,7	15,7	25,3	14,6

[1] dépression avec l'une des caractéristiques suivantes au moins : durée de l'accès supérieure à 6 mois, dépression chronique, dépression avec conséquences professionnelles, dépression avant 20 ans, tentative de suicide
 [2] tout autre type de dépression et/ou consommation régulière de tranquillisants

Les risques de troubles sont indépendants des sexes des deux personnes qui s'affrontent. Les liens entre la dépression lourde et/ou la tentative de suicide sont d'une intensité égale selon les différentes configurations de mauvaise entente ; mésententes mère/fils, père/fils, père/fille et mère/fille.

Le risque élevé de troubles enregistré sur les populations aux parents séparés peut donc s'expliquer par la forte proportion des populations en mésentente avec leurs parents. Plus que la séparation des parents, ce sont les conflits de générations qui sont les déterminants familiaux des troubles psychologiques. Le tableau 6 qui croise les deux types de conflits permettra de convaincre le plus réticent des lecteurs.

TABLEAU 6. - LES TROUBLES SELON L'ENTENTE AVEC LES PARENTS ET LA STRUCTURE DU COUPLE PARENTAL

Population des personnes ayant des relations avec les deux parents à 18 ans
 Risque de troubles exprimé en %

	N	Tentative de suicide	Problème dépressif	
			Marqué [1]	Atténué [2]
Hommes total	1 307	3,4	8,1	6,8
Entente «minimale»	1 080	1,6	5,6	5,5
dont :				
Les parents vivent ensemble [3]	975	1,6	5,3	5,0
Les parents sont séparés [4]	105	1,9	8,6	10,5
Mésentente parents/enfant	227	11,8	19,8	12,7
dont :				
Les parents vivent ensemble [3]	165	12,7	21,2	12,7
Les parents sont séparés [4]	62	9,7	16,1	12,9
Femmes total	1 343	6,8	17,5	12,5
Entente «minimale»	1 008	3,7	14,1	11,8
dont :				
Les parents vivent ensemble [3]	935	3,2	13,4	12,1
Les parents sont séparés [4]	73	11,0	24,7	8,2
Mésentente parents/enfant	335	15,8	27,4	14,6
dont :				
Les parents vivent ensemble [3]	256	14,1	27,7	14,1
Les parents sont séparés [4]	79	21,5	26,6	16,5

[1] dépression avec l'une des caractéristiques suivantes au moins : durée de l'accès supérieure à 6 mois, dépression chronique, dépression avec conséquences professionnelles, dépression avant 20 ans, tentative de suicide

[2] tout autre type de dépression et/ou consommation régulière de tranquillisants.

[3] ou vivaient ensemble lors de la mort de l'un d'entre eux.

[4] ou n'ont jamais vécu ensemble.

Les troubles existent sans conflit entre les parents

Les relations sans entente entre les parents et leurs enfants sont très fragilisantes. L'entente (l'amour ?) entre parents et enfant est le facteur prépondérant d'une stabilisation psychologique à l'adolescence et à l'âge adulte. La qualité des relations des garçons avec leurs parents est même le seul facteur explicatif de leurs problèmes dépressifs. Si les garçons de parents séparés ont des problèmes dépressifs en plus grand nombre, c'est parce que la séparation génère plus de conflits. Il n'y pas d'effet pur de la séparation chez les garçons. Les relevés de troubles suicidaires et dépressifs lourds sont faibles et comparables entre garçons de parents séparés ou de couples stables lorsque l'entente avec les parents est bonne (tentatives : 1,6% contre 1,9%,

dépansions lourdes : 8,6% contre 5,3%). Lorsque les parents sont ensemble et ne s'entendent pas avec leur fils, le risque suicidaire passe à 12,7% et dépressif à 21,2%. Indépendamment des relations entre parents et de la structure du couple parental, le risque de troubles chez les garçons est majeur s'ils ont des relations conflictuelles avec leurs parents, sinon il est mineur (Tableau 6).

Chez les filles, il faut nuancer le constat. L'entente des filles avec leurs parents est prépondérante. Lorsque les parents sont ensemble, le risque suicidaire est multiplié par 4,4 s'il y a mésentente (14,1% contre 3,2%) tandis que le risque de dépression lourde double (27,7% contre 13,4%). Mais à qualité de relations avec les parents égale, les filles sont plus sensibles à la séparation des parents que les garçons. Lorsqu'elles s'entendent bien avec leurs parents, le risque suicidaire est multiplié par 3,4 si les parents sont séparés (11% contre 3,2%) tandis que le risque de dépression lourde approche du double (24,7% contre 13,4%). Il existe donc un effet pur de la séparation des parents, spécifiquement féminin (tableau 6).

Un milieu familial non dissocié où règne un bon climat entre les parents peut donc être très fragilisant à l'âge adulte si l'enfant est en conflit avec l'un de ses deux parents.

Aparté sur la faiblesse de l'explication des dépressions « atténuées »

On peut noter le faible lien des variables descriptives du milieu familial avec le risque de troubles « atténués ». Le risque de troubles « atténués » est même indépendant de la qualité des relations familiales pour les femmes. Au regard des forts effets identifiés sur les dépressions lourdes, ceci signifie que nous avons isolé dans la catégorie des dépressions atténuées une partie du « bruit » de l'enquête. Lorsque le statisticien ne trouve pas d'explication à un phénomène, il invoque le plus fréquemment les défauts du relevé de la mesure, le défaut des variables explicative pertinentes et les aléas de l'échantillonnage.

Nous pensons que cette répartition aléatoire des dépressions atténuées n'est pas le fruit du hasard et renforce la pertinence de l'étude des origines familiales. En effet, puisque les relations familiales ne pèsent que sur les dépressions les plus lourdes, c'est bien qu'elles agissent de façon sélective, elles n'expliquent pas toutes les formes de maladies psychiques. Le pouvoir explicatif des origines familiales se concentre sur les formes les plus graves de la maladie dépressive.

En conclusion de cette partie sur les liens entre la famille et les problèmes psychiques, on peut proposer de rapprocher chez les jeunes adultes le conflit personnel et le conflit interpersonnel. Le conflit entre générations semble être le conflit majeur dont les problèmes psychologiques ultérieurs sont le reflet.

Les tendances suicidaires et dépressives lourdes peuvent être analysées comme les signes d'un conflit de l'individu avec lui-même. La mésentente avec les parents et l'impossible compromis entre générations induiraient une mésentente de l'individu avec lui-même, une difficulté à s'admettre en temps que tel non conflictuellement. La perturbation affective lors de l'enfance entraîne une construction de l'identité beaucoup plus problématique, la transition vers l'âge adulte est heurtée, chaotique.

Plus communément, on dit souvent qu'un enfant non aimé ou non accepté par l'un ou les deux parents rencontrera de nombreuses difficultés à s'aimer et à construire sa propre sécurité intérieure.

De multiples conflits de nature différente, mais très associés aux conflits familiaux ponctuent également le parcours du jeune adulte : conflit amoureux, conflit professionnel. Il faut aussi approfondir leurs implications psychologiques pour obtenir une analyse globale.

Encadré 3

**Un exemple de raisonnement transdisciplinaire :
le culturel, l'affectif et le biologique selon Boris Cyrulnik**

L'étude des comportements des animaux dans leur milieu naturel est une source de métaphores qui permettent à l'auteur, éthologue, d'exposer des fondamentaux du comportement humain par analogie ou a contrario par différences. L'éthologie est un élément de démonstration innovant et souvent efficace. Elle analyse le biologique et le social, le « vivant » dans son milieu. Nous fonctionnons au confluent d'une alliance biologique et d'une alliance culturelle, ces deux alliances sont alors étroitement interdépendantes.

Dans cette perspective, l'auteur développe un modèle d'analyse des « carences affectives » : leurs causes et conséquences. L'enfant a besoin de « nourritures affectives ». Le constat est universel et transculturel. Mais certaines organisations produisent plus de carences que d'autres. Les carences sont variées : enfant abandonné, isolé, père absent et « mal parlé » par la mère, père alimentaire ou encore « *chèque à pattes* », parents possessifs car la surabondance affective crée des « *prisonniers affectifs* » .

La carence affective est, selon Cyrulnik, le résultat d'un dysfonctionnement de la circulation de l'information qui peut trouver parfois sa source dans des causes biologiques (c'est peut-être le cas de l'autisme). Mais le facteur le plus déterminant est un milieu sans affection, produit d'une culture qui favorise l'incommunicabilité entre les hommes et leurs enfants.

Chez l'enfant, des privations affectives provoquent des troubles du métabolisme cérébral. Les causalités traditionnelles (ce que B. Cyrulnik appelle « *La théorie de la bonne graine* ») doivent être renversées : l'affectif, le psychique, le psychologique créent du biologique. Le « milieu » conditionne l'affectif, il a donc des effets biologiques.

A l'adolescence et après, lors des premières vraies confrontations au monde social, les carences affectives produisent leurs effets. Lorsque la personne est face à la moindre émotion, elle peut se mutiler elle-même.

Contrairement aux idées reçues, les carences d'origine biologique sont plastiques et malléables alors que les lois culturelles et les lois de la gravitation sociale sont marquées par l'inertie. « *C'est plus facile de changer un métabolisme qu'une loi culturelle* »

Dans ce contexte, la parole est la « *molécule* » de prévention des carences. Elle traite l'émotion et a des effets biologiques sur l'organisme. L'organisation et la ritualisation de la parole relèvent du culturel. Un monde ritualisé donne sens aux choses et nous permet une vie collective. Il lie les individus qui pratiquent le rite. L'animal est soumis aux conditions du monde physique. Si celles-ci sont équilibrées, l'animal n'est pas violent. L'homme vit dans un système de représentations, qui est très largement construit en dehors des perceptions du monde physique. Cette aptitude de l'homme crée les conditions de déséquilibre entre représentations et donc celles d'une violence spécifique. Chaque représentation crée ses rites. La violence consacre la suprématie d'une représentation sur l'autre, l'hégémonie d'un rite sur l'autre. L'absence ou l'hégémonie d'un rite mènent au chaos. La seule solution tient dans l'invention et le renouvellement des rituels de confrontation des rites pour leur reconnaissance réciproque : débat, conflit social, démocratie...

L'absence de rites à l'intérieur de la famille et/ou l'absence de rites extrafamiliaux crédibles et compensateurs sont des facteurs culturels de développement de personnalités fragiles lors de l'adolescence et de la post-adolescence.

De Boris Cyrulnik :

un ouvrage introductif :

1991, *De la parole comme d'une molécule*, Editions Eshel, Coll Points, Série Essais, 2^eed 1995.

deux ouvrages synthétiques :

1989, *Sous le signe du lien*, Hachette, réédition Coll pluriel 1994 ;

1993, *Les nourritures affectives*, Editions Odile Jacob.

Encadré 4

Conflits familiaux et marginalité sociale

Dans l'univers de l'errance sociale, les conflits familiaux sont omniprésents. L'enfance perturbée et la maltraitance semblent être une condition nécessaire d'entrée dans le cercle de la marginalité. Plus les perturbations de l'enfance sont lourdes, plus les chances de sortir de cette marginalité approchent la nullité.

- Le documentaire *Galère de femmes* accompagne la détresse, la fragilité, le désespoir de sept détenues de Fleury-Mérogis. Ces femmes sont embarquées dans une spirale qui ne se termine que par la mort, la prostitution, la drogue, le Sida. Le lapsus involontaire d'une des femmes qui se dit « zéropositive » traduit la simultanéité des problèmes personnels et environnementaux.

Ces femmes retracent leur enfance démunie, la pauvreté, la violence et l'inceste. Tout cela est évoqué, mais sans jamais chercher à démontrer. Les causes directes ne sont jamais seules responsables ; les mêmes causes ne produisent pas les mêmes effets. Ces malheurs familiaux coïncident avec un chômage incontournable, un environnement impuissant et même hostile, l'absence de soutien affectif...

- Dans l'ouvrage *la Violence impensable*, trois thérapeutes spécialistes du traitement de l'inceste décrivent les conséquences adultes des maltraitances et sévices sexuels subis lors de l'enfance et de l'adolescence. Une enquête²⁴ montre que 6,2% des personnes interrogées déclarent avoir été victimes d'abus sexuels avant leur majorité (deux femmes pour un homme).

Les familles à transactions incestueuses sont caractérisées par une confusion des rôles de chacun des membres, une confusion des âges et des générations. Elle vivent le plus souvent sous le règne d'un père dictateur, de ses menaces et violences. Le secret familial est la règle, le mythe du « bon milieu » familial est très puissant. Le dévoilement de la situation est complexe, la famille est par nature stable et difficile à éclater. La mère est souvent complaisante et complice du père incestueux, la preuve matérielle de l'inceste est difficile à apporter.

Les conséquences des abus sexuels peuvent être la prostitution, la délinquance, la toxicomanie et l'alcoolisme, les psychoses et l'hystérie, les dépressions chroniques à caractère suicidaire. Une étude montre que parmi 30 adolescentes victimes d'agressions sexuelles, 22 avaient fait une ou plusieurs tentatives de suicide. (Etude effectuée à l'hôpital du Kremlin+Bicêtre, op. cité p. 30). Les auteurs insistent enfin sur la reproduction des abus sexuels d'une génération à l'autre et la constitution de véritables généalogies familiales à transactions incestueuses. Cette opinion ne semble pas partagée par tous les spécialistes : B. Cyrulnik (voir encadré 3) conteste ce point sans donner des arguments convaincants.

- La récente enquête de l'INED sur les personnes « Sans Domicile Fixe » souligne l'importance des perturbations familiales comme facteur de formation de cette marginalité. Un sans domicile sur cinq a vécu un événement familial négatif (décès, séparation, mauvais traitement...) avant 18 ans. Le milieu social d'origine est très modeste et souvent la famille d'origine est absente : un sans domicile sur quatre ne vivait plus avec ses parents à l'âge de seize ans. Comment se constituer soi-même un toit lorsque celui de ses propres parents n'existe pas ?

1993, *Galère de femmes*, un film de Jean Michel Carré

²⁴Etude BVA : *Les abus sexuels à l'égard des enfants*, 2^e Journée Nationale du 19 septembre 1989, ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale, secrétariat d'Etat à la Famille.

1991, *La violence impensable*, Nathan

1996, J. M. Firdion, M. Marpsat, *Devenir sans domicile : ni fatalité, ni hasard*, Population et société n° 344

TROISIEME PARTIE

LES EFFETS DEPRESSIFS DES GRANDES RUPTURES DU PARCOURS DU JEUNE ADULTE :

LE CHOMAGE ET LA SEPARATION

La mesure du poids des relations avec la famille d'origine sur l'état de santé psychique est prise. Il faut désormais confronter cet effet de long terme avec les difficultés qui peuvent troubler le parcours du passage à l'âge adulte. Dans le cadre de ce mémoire, nous nous efforçons d'évaluer les conséquences dépressives du chômage et celles de la rupture d'une première union²⁵. Chômage et rupture du couple sont vécus et observés par tout un chacun au sein de son plus proche entourage. Plus d'une famille sur quatre est concernée par le chômage (Cases, Lagarde 1996), un mariage sur trois est sanctionné par un divorce, près d'un sur deux à Paris, le divorce atteint particulièrement les jeunes adultes²⁶, les unions hors mariage progressent et sont plus fragiles chez les jeunes que les unions légitimées par l'état-civil (Leridon, Villeneuve Gokalp 1994).

Il est donc tentant de rapprocher les courbes d'évolution du chômage et/ou des divorces avec celles de l'évolution des suicides et/ou des tentatives de suicide pour en déduire bien rapidement un lien de cause à effet (Carre, Zucker 1988). Les jeunes forment une catégorie où ce type de rapprochement trouve le plus d'arguments puisque la forte croissance simultanée de ces maux sociaux leur est très défavorable depuis le milieu des années 70.

Le faible impact du chômage

En matière de chômage, le lien avec l'état dépressif est plus souvent postulé que démontré. Par définition, le chômage est cause et conséquence mécanique de l'atonie de l'activité économique. Par assimilation, on suppose l'existence d'un impact dépressif du chômage sur le chômeur lui-même. Dans un monde où la compétence professionnelle, le travail et son résultat sont glorifiés, le chômeur est en rupture. Il n'adhère plus à la norme et se désocialise progressivement.

Ces affirmations du sens commun méritent d'être tempérées en particulier chez les jeunes adultes. La transition par des périodes de chômage et d'incertitude, les formes particulières d'emploi (CDD, intérim, CES...) sont désormais prépondérantes chez les jeunes : l'entrée directe dans un emploi à durée indéterminée ne concerne que 20% des jeunes (Cases, Lagarde 1996).

Dans la tranche d'âge des 25 à 34 ans, plus de deux femmes sur trois ont connu une période de chômage. Une femme sur trois a été chômeuse pendant plus de 6 mois. Plus de 6 hommes sur 10 ont été inscrits au moins une fois à l'ANPE, et un homme sur quatre a vécu un chômage de plus de six mois (tableau 1). Le travailleur à temps plein, sans discontinuité est donc

²⁵Beaucoup d'autres éléments biographiques méritent un examen : le rapport entre l'état dépressif et les parcours atypiques du passage à l'âge adulte (Galland 1995), son lien avec la durée séparant deux étapes, la stabilité du parcours amoureux, l'insertion scolaire, la cohérence du parcours professionnel...

²⁶La cinquième année qui suit le mariage est l'année où le taux de divorce est maximum (voir INED, 1996, *Population, l'état des connaissances*, La Découverte, p. 47).

aujourd'hui très minoritaire chez les jeunes. De fait, la distance qui sépare un jeune qui travaille d'un jeune sans emploi s'estompe et n'a plus la même signification. On ne peut plus parler de l'exception du jeune chômeur. Avec l'accroissement ininterrompu du sous-emploi, les différences de statut entre chômeurs se creusent. La désocialisation ou « *désaffiliation* » par le chômage est graduée selon la durée de la période d'inactivité, elle prend effet lorsque le chômage perdure (Castel 1995).

Les études sur les causes de chômage sont disproportionnées en nombre par rapport à celles qui traitent de ses effets. Les rares analyses qui s'attardent sur les effets du chômage montrent un constat très nuancé. N. Herpin (1990) montre que la dissolution des couples n'est pas particulièrement forte pendant la période de chômage d'un de ses membres. Le chômage perturbe relativement faiblement la vie familiale. La femme aura tendance à différer ses projets de naissance d'enfant. La famille peut même ressortir renforcée du chômage et l'épreuve « *rééquilibre le pouvoir domestique au profit des femmes* ». Si la sociabilité des chômeurs est déficitaire (Herran 1988), il n'est pas certain que le déficit soit d'une intensité égale chez les jeunes chômeurs. O. Galland (1995) souligne le report des étapes de constitution de la famille, lié au chômage : le jeune homme chômeur retarde le départ de chez ses parents, son accès à un logement indépendant et/ou sa vie en couple.

Les choix individuels et les comportements familiaux s'adaptent et sont donc modulés de façon très circonscrite par le chômage. Qu'en est-il des problèmes de santé ? Un rapport du CNRS conclut à une liaison entre l'état de santé et le statut de chômeur. Selon ses auteurs (M. Bungener et J. Pierret 1993), la santé des chômeurs est moins bonne que celle des actifs, le recours aux soins est plus intense chez les chômeurs par effet de somatisation. La dépression serait beaucoup plus fréquente chez les chômeurs que chez les actifs. Mais les conclusions de cette étude sont assises sur des dépouillements d'échantillons statistiques non contrôlés : le raisonnement est tenu pour les deux sexes confondus, sans distinction d'âge. Si l'on souhaite mesurer le lien spécifique du chômage avec l'état dépressif, il ne faut pas oublier que le chômage et la dépression ne touchent pas les personnes au hasard. Si le chômage atteint plus les femmes que les hommes, et si la dépression est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, la part des dépressifs sera mécaniquement plus importante chez les chômeurs que chez les actifs lorsqu'on agrège les hommes et les femmes. On ne démontre rien d'une corrélation entre le chômage et la dépression, en faisant abstraction des différences essentielles du comportement des hommes et des femmes. Ce raisonnement peut être reproduit à l'identique en remplaçant le sexe par l'âge.

Il faut donc contrôler les variables fondamentales de distinction des groupes à risque. Lorsque nous spécifions les catégories de chômage dans les tableaux 1 et 2, nous excluons de ces catégories, les personnes qui ont déclaré que leur période de chômage a été une conséquence directe de leur accès dépressif. Nous souhaitons en effet évaluer une relation de cause à effet qui part du chômage vers la dépression et non l'inverse. De toute évidence la dépression qui entraîne une perte d'emploi ne respecte pas le sens causal²⁷.

²⁷Cependant, les personnes qui ont omis de déclarer le chômage comme conséquence directe de leur dépression restent incluses dans la mesure.

Les interviewés ont répondu à une série de questions concernant un ou plusieurs arrêts involontaires d'activité. Le tableau 1 distingue quatre statuts d'activité : le chômage répété et long (supérieur à 6 mois), le chômage long non répété, le chômage de courte durée et enfin le travail permanent. Chez les femmes, les liens entre le statut d'activité et les indicateurs de dépressivité ne sont pas significatifs. Il n'y a pas de lien statistique entre dépression et chômage. Pour les hommes, le lien statistique est ténu, mais il semble significatif pour les chômeurs chroniques de durée longue (plusieurs périodes de chômage de plus de 6 mois). On aurait pu s'arrêter là et conclure à un effet de la forte pression sociale autour du travail des hommes. La sociologie de la femme (De Singly 1987) souligne d'importantes différences entre sexes quant au mode d'appréhension du travail. L'identité virile masculine se renforce avec un investissement important dans le travail, alors que la femme - même active - privilégie la vie familiale et domestique. Une sensibilité plus forte des hommes à la perte de leur emploi aurait parfaitement adhéré avec ce modèle d'interprétation.

TABLEAU 1 : LES TROUBLES SELON LE STATUT D'ACTIVITE

Répartition en colonne et risque de trouble exprimés en %

	N	Répartition	Tentative de suicide	Problème dépressif Marqué [1]
Hommes	1 478	100,0	3,9	8,5
Jamais inscrits à l'ANPE	558	37,8	2,3	7,1
Chômage d'une durée < 6 mois	551	37,3	3,8	7,9
Une période de chômage d'une durée 6 mois	233	15,8	4,2	9,8
Plusieurs périodes de chômage d'une durée 6 mois	136	9,2	11,0	14,7
Femmes	1 510	100,0	7,2	18,2
Jamais inscrites à l'ANPE	496	32,8	6,2	18,1
Chômage d'une durée < 6 mois	500	33,1	6,8	17,4
Chômage d'une durée 6 mois	328	21,7	7,3	17,9
Plusieurs périodes de chômage d'une durée 6 mois	186	12,6	10,7	21,5
[1] dépression avec l'une des caractéristiques suivantes au moins : durée de l'accès supérieure à 6 mois, dépression chronique, dépression avec conséquences professionnelles, dépression avant 20 ans, tentative de suicide				

On peut considérer qu'une condition nécessaire d'existence d'une relation de cause à effet entre le chômage et les problèmes psychologiques est une corrélation positive entre les deux phénomènes. En effet, on peut poser l'hypothèse que le chômage touche des populations fragiles en même temps qu'il fragilise cette population. Si la corrélation chômage/problème psychologique existe, elle est due pour partie à une relation chômage ==> problème psychologique et pour une autre part à la relation inverse problème psychologique ==> chômage. Si la corrélation globale est forte, le sens de la causalité devient une véritable question. Or ce n'est pas le cas, les résultats montrent une relative indépendance entre chômage et dépression (confer supra), pour cette raison nous n'avons pas vraiment développé ce point sur le sens de la causalité.

Or une telle conclusion aurait été un peu trop rapide. L'étude des effets du chômage est inséparable de celle des origines familiales. Les antécédents familiaux ont des effets pluriels. Les accidents de la vie ne sont pas équirépartis selon l'origine familiale. Les handicaps familiaux sont lourds et la fragilité sur le marché du travail peut se transmettre d'une génération à une autre (Chambaz, Herpin 1995). Les conflits de l'enfance sont encore présents tout au long du long processus de passage à l'âge adulte.

Nous avons pour les besoins du tableau 2 créé un indicateur des perturbations de l'enfance et de l'adolescence de l'interviewé : le terrain familial est perturbé lorsque le couple parental de l'interviewé s'est dissocié par mort ou séparation avant ses 18 ans, s'il régnait un mauvais climat entre ses parents, à son départ du foyer familial ou si l'interviewé avait des relations conflictuelles à 18 ans avec l'un de ses deux parents. Dans tous les autres cas, le terrain familial est défini neutre.

En terrain familial neutre, les fragilités psychiques sont toujours moins fréquentes qu'en terrain perturbé, quels que soient le nombre et la durée des périodes de chômage, pour les hommes comme pour les femmes (tableau 2). En l'absence d'antécédents familiaux, la fréquence des suicidaires et des dépressifs lourds est plus importante dès lors qu'il y a une période de chômage supérieure à 6 mois. Mais les écarts avec les deux autres catégories (n'a jamais connu le chômage, inscription à l'ANPE pendant moins de 6 mois) sont faibles et peu significatifs. Lorsque le terrain familial est perturbé, seul le chômage de durée longue semble positivement corrélé avec les comportements dépressifs. Mais les effectifs sont faibles et ne nous indiquent qu'une tendance. De plus dans le cas du chômage de longue durée, les éléments manquent pour trancher le problème épineux de la cause et de l'effet : une fragilisation par le chômage long ou a contrario, un chômage de longue durée qui frappe les personnes les plus fragiles²⁸.

Chez les jeunes hommes la liaison chômage/dépression est donc faible. Il est vraisemblable qu'il existe une liaison entre le chômage de longue durée et la fréquence des dépressions, mais l'échantillon est de taille trop réduite pour la démontrer. Chez les femmes, l'état dépressif est peu lié à l'état de chômeuse, sauf peut-être en cas de cumul des handicaps.

Le résultat est donc surprenant, comment donc interpréter cette relative innocuité à la dépression des jeunes chômeurs ? Outre la banalisation du chômage des jeunes, on peut penser que la même analyse n'aurait pas abouti aux mêmes conclusions si l'on avait étudié des personnes plus âgées. La jeunesse est une suite d'états précaires, continuum qui participe à la construction progressive d'un statut. Les engagements instantanés du jeune adulte n'ont donc rien de définitif. L'engagement dans le travail n'est pas absolu à 25 ans. Avant l'accès à son métier régulier, le jeune vit une période de « *latence professionnelle* » (Chamboredon 1985). Les conséquences pécuniaires de la perte de l'emploi sont moins fortes. Les difficultés de l'emploi et du marché du travail (le chômage n'est que l'une d'entre elle) contribuent à sa propre désacralisation. La banalisation du licenciement et des restructurations, la sélectivité du marché

²⁸La part des personnes ayant connu un chômage long et répété varie très fortement selon la qualité des relations avec le milieu familial d'origine. Il varie du simple au double chez les hommes (13,5% en environnement perturbé, contre 6,8% en environnement neutre), il est multiplié par 1,4 chez les femmes (15,6% contre 10,9%). De même, le taux de séparation d'une première union est très lié à l'environnement familial (tableau 2). Au delà des problèmes psychiques, on peut donc penser que la qualité de l'environnement familial est un facteur puissant d'explication de toute une série de « dysfonctionnements » de socialisation à l'âge adulte.

de l'emploi concourent à une vision relativiste, désenchantée, désidéalisée et donc alimentaire du travail quotidien.

La période de chômage est une remise en cause qui, si elle n'est pas (loin s'en faut) choisie, peut être vécue positivement. En milieu cadre, l'individu en arrêt d'activité profitera de cette pause pour se réorienter, pour affiner, recentrer ou redéfinir un projet professionnel. De plus les chômeurs sont à l'abri des accidents de travail et du stress professionnel. Ils déclarent une moindre fatigue (Bungener, Pierret 1993). Le chômage est une période d'activité particulière de la jeunesse, période désormais presque institutionnelle avant l'emploi stable. Le système scolaire, le marché du travail, l'environnement familial préparent activement le jeune adulte aux difficultés qu'il pourra rencontrer. Le réalisme social, dont on sait qu'il est plus accentué chez les jeunes femmes d'origine populaire (Bozon 1990), groupe le plus exposé au chômage, incite au développement d'attitudes de défense. Les éléments du « blindage » socioprofessionnel sont le pragmatisme de la mobilité et de la flexibilité, l'impassibilité devant l'échec et le faible investissement dans le travail. Parce qu'ils y sont préparés et parce qu'elle est largement répandue, l'expérience du chômage n'est pas obligatoirement dépressive chez les jeunes adultes²⁹.

La faible liaison entre le chômage et les maladies psychiques illustre la banalisation du problème du chômage. Il est possible que le chômage ait touché les personnes les plus fragiles lorsque le travail était disponible en abondance. Il y avait alors une sélectivité du recrutement des chômeurs qui se faisait au détriment des personnes les moins adaptées au monde du travail. Même si aujourd'hui le chômage est loin de frapper les personnes au hasard, aucune tranche de la population n'est épargnée et cet effet de sélectivité se noie dans l'effet de nombre du chômage de masse.

Mais la banalisation du chômage a été accompagnée d'une croissance ininterrompue de la durée moyenne du chômage. Celle-

(voir la première partie, le tableau 4). Or c'est précisément l'inverse qui se produit, le chômage est un motif de dépression contingent alors que l'origine familiale apparaît fondamentale.

La forte sensibilité à la rupture conjugale

Parmi les causes de dépression et tentatives déclarées, la séparation et le divorce sont les plus couramment invoqués par les hommes et par les femmes. Sur le motif de séparation, les déclarations des enquêtés sont beaucoup plus cohérentes que sur les motifs professionnels. Si les jeunes semblent bien préparés aux ruptures professionnelles, ils sont beaucoup plus sensibles à la rupture affective qui peut suivre la formation d'un couple. Il faut, là encore, raisonner à terrain familial égal, car les ruptures d'une première union sont beaucoup plus fréquentes lorsque le lien familial est perturbé. A terrain familial égal, la séparation de son premier conjoint est toujours un facteur de fragilisation. Les écarts sont importants et très significatifs. La séparation est d'autant plus mal vécue que la personne est issue d'un milieu familial perturbé. En environnement familial conflictuel, les problèmes dépressifs s'atténuent si la personne vit une union stable, et leur intensité est proche de celle des personnes qui vivent une séparation sans antécédents familiaux. La stabilité affective et des antécédents familiaux sans perturbation permettent de repérer une population très protégée des risques dépressifs. Ces remarques sont valables pour les hommes, comme pour les femmes, avec des variations relatives entre groupes d'une ampleur comparable (Tableau 2).

Malgré la banalisation des divorces et des ruptures de première union, l'investissement du jeune adulte dans son premier couple est très fort. La rupture d'un couple n'est pas ou mal anticipée. La perte de repère après une rupture entraîne une période de chômage affectif et/ou d'errance sur le marché matrimonial. Cette période peut être angoissante, redoutée, fragilisante et mal vécue.

Puisqu'on y observe de fortes disparités et des reproductions des comportements, la vie privée domestique intime est largement conditionnée par l'environnement social (Kaufmann 1992). Mais cette influence n'est pas perçue par les acteurs. L'échec de l'intimité n'est donc jamais vécu comme un échec de la norme sociale imposée, mais comme un échec personnel. La séparation est une remise en cause personnelle, les explications générales et externes ne sont pas recevables.

En liant chômage et rupture conjugale, on peut émettre ici une hypothèse d'interprétation complémentaire. Tout se passe comme s'il y avait un report d'investissement de la vie professionnelle vers la vie privée affective. La vie privée fonctionne comme un espace compensatoire. Un espace de repli qui permet de contenir les revers et le désenchantement du monde du travail. Chaque jeune possède une capacité finie d'engagement dans la vie en société. Il fixe une ligne de partage assez étanche et variable selon son âge et sa trajectoire sociale entre sa vie professionnelle et sa vie affective. Un moindre investissement professionnel peut, dans cette optique, coïncider avec un plus fort engagement amoureux. Les conséquences dépressives d'un échec professionnel sont amoindries, à la mesure du faible engagement dans le travail. A contrario, l'échec de la première union est d'autant plus douloureux que l'engagement amoureux est important.

Tableau 2

Encadré 5

Quelques représentations de la dépression des jeunes par le cinéma français des années 90

En France, de jeunes cinéastes « réalistes » forment un courant esthétique assez homogène et productif, malgré son absence de structure. Le sujet de leurs films tourne toujours autour du thème vaste et polyforme des difficultés de socialisation de la jeunesse. Ces films sont empreints de réel, mais possèdent toujours une trame narrative qui en fait de véritables fictions. Comparé au cinéma français engagé des années 70-80, celui-ci exprime un repli sur soi à consonnance souvent autobiographique. Les espaces sont réduits au principe du lieu clos géographique, cadre idéal d'évolution de la famille.

Ce cinéma est fasciné par la complexité de ses personnages, et se concentre sur le domaine de l'intériorité et les difficultés relationnelles. Il montre l'incommunicabilité à l'intérieur de la famille. Ces fictions, sans grands moyens, partent d'un principe de dépouillement de l'image, accompagné d'une intrigue minimale. Il n'y a pas d'artifice narratif et le spectateur doit se concentrer sur les personnages. Les situations familiales sont toujours pénibles. De ce minimalisme psychologique, la dimension sociale est reléguée dans un discret statut de toile de fond. Les personnages sont reclus au sein d'une micro-cellule très souvent familiale³⁰.

Nord raconte une famille a priori sans histoires, un peu repliée sur elle-même du fait de l'omniprésence au foyer d'une fille lourdement handicapée. On découvre un père pharmacien, alcoolique et raté, qui ne s'aime pas, méprise autrui et détruit les siens. La mère est dépressive et soumise à une morale conformiste, préoccupée de respectabilité. Il s'agit d'un univers clos, générateur de folie que le personnage principal (le fils), lucide et dépendant, ne peut fuir que par l'intermédiaire d'une violence libératrice.

Avec *La petite amie d'Antonio* et *Les gens normaux n'ont rien d'exceptionnel*, on aborde des sujets qui traitent explicitement de personnages dépressifs au bord de la folie. Des jeunes filles, dans les deux cas, qui font des va-et-vient entre la vie « normale » et l'institution de traitement psychiatrique.

Dans *La petite amie d'Antonio*, une jeune adolescente vit en solitaire dans une petite ville Normande. Elle est délaissée par sa mère qu'elle ne voit qu'épisodiquement. Son père est inexistant. Elle ne peut se lier, se fixer, aimer. L'intrigue du film tient dans la rencontre de l'adolescente avec un jeune immigré espagnol. Déraciné lui aussi, mais la tête froide, il possède des ressources infinies d'affection et d'amour. D'abord revêche et incrédule, l'héroïne ne finira par admettre qu'elle est digne d'être aimée.

Les gens normaux n'ont rien d'exceptionnel débute par une banale scène de séparation d'un couple à Paris. Hantée par cet amour perdu, par cette cassure et l'éparpillement général de sa vie, l'héroïne ne cherche pathétiquement à réunir ceux qui s'aiment. Elle éprouve alors les désillusions de cette tâche impossible. L'héroïne et les personnages qu'elle rencontre dans un établissement de traitement psychiatrique vivent en rêvant du monde « normal ». Bien que craignant ce monde normatif, ils savent bien que la solution passe par une réintégration au sein de celui-ci.

Au-delà du respect d'une trame scénaristique codée, l'épilogue plutôt positif de ces fictions montre des issues possibles : les interactions sociales et amoureuses.

³⁰Le contraste avec le cinéma d'auteur anglais est frappant : nous pensons à Ken Loach, Mike Leigh, Stephen Frears. Les personnages du cinéma anglais évoluent dans un cadre familial totalement imprégné de la vie au travail, de son rythme ou du chômage. Dans ce cinéma coléreux et empli de vitalité, le tissu social est omniprésent et déliquescents. Les déterminismes existent, les personnages expriment des options politiques, revendiquent et souvent dépriment... De ces auteurs, on peut voir ou revoir des films récents : *Raining stones*, *Lady Bird*, *Life is sweet*, *Naked*, *The snapper*.

Un autre contraste mérite d'être souligné. De nombreux films sortent aujourd'hui sans concertation à propos des banlieues : (*Rai*, *Hexagone*, *Etat des lieux*, *Bye Bye*, *La Haine*...). Certains qualifient ce nouveau genre de « film de banlieues ». Dans des cités ghettos grouille une vie qui mélange l'exclusion (assumée et parfois revendiquée) et les désirs réprimés d'intégration sociale.

1991, *Nord*, de Xavier Beauvois.

1991, *La petite amie d'Antonio*, de Manuel Poirier.

1993, *Les gens normaux n'ont rien d'exceptionnel*, de Laurence Ferreira Barbosa.

CONCLUSION

De l'étude dont nous venons de faire état, on peut tirer deux principaux enseignements :

1/ Les problèmes psychiques importants du jeune adulte - dépression lourde et tentative de suicide - traduisent la mauvaise qualité des relations au sein du milieu familial d'origine. Dans le milieu familial d'origine, lorsqu'il existe de mauvaises relations parents/enfants à la fin de l'adolescence, le risque de désordres psychiques des enfants devenus post-adolescents ou adultes est très fortement accru. L'effet du conflit entre les générations est beaucoup plus important que celui de la mésentente des parents entre eux.

Chez les jeunes hommes dont les parents se sont séparés, sans conflit parallèle parent/enfant, les risques de dépressions lourdes sont faibles, proches de ceux du jeune adulte issu d'un milieu parental stable et sans conflit.

Les jeunes filles sont plus sensibles à la séparation de leurs parents, mais l'effet des conflits avec leurs parents reste majeur.

2/ Au regard de ce poids prédominant des conflits entre générations, les effets des événements de la vie sont plus atténués. Si l'on raisonne à qualité égale des relations dans la famille d'origine, le chômage n'est pas associé à un accroissement de troubles dépressifs des jeunes adultes. Seul le chômage répété et de durée longue semble être un facteur aggravant de troubles.

L'effet dû à la séparation d'une première union est beaucoup plus net chez les hommes comme chez les femmes. Le cumul des handicaps (perturbation familiale et séparation d'un premier couple) est très fortement associé au comportement dépressif. Dans ce cadre, la reproduction des comportements de séparation entre générations a de fortes connotations dépressives : le jeune adulte qui a connu la séparation de ses parents a une plus forte probabilité de connaître une vie amoureuse plus instable et au moins un accès dépressif lourd. Mais, a contrario, tout n'est pas forcément «noir» et la stabilisation amoureuse peut permettre d'inverser les effets de relations perturbées dans la famille d'origine.

Par ailleurs, la stabilité d'une première union, associé à un environnement familial sans perturbation est un facteur très protecteur des risques de troubles psychiques.

Une incertitude pèse pourtant sur ces résultats. Dans ce type d'enquête biographique, les corrélations sont faciles à mesurer, mais le sens causal est beaucoup plus délicat à appréhender. Après l'exploitation du recueil des données biographique de l'environnement

familial, G. Menahem (1994) pose parfaitement le problème : « *Les données d'enquête ne permettent pas de décider dans quels cas les relations causales vont du passé vers le présent et dans quels cas elles vont seulement des caractères du présent vers les représentations actuelles de l'enfance* ». Il est donc possible que des événements dépressifs douloureux et assez récents puissent être directement rattachés aux conflits parentaux par les personnes enquêtées et que celles-ci « noircissent » ainsi le tableau de leur enfance.

Mais cette incertitude ne semble pas compromettre la teneur globale de ces résultats. En effet, l'analyse des réponses des enquêtés, à une question sur les causes de leur dépression, montre une répartition causale assez éloignée de nos conclusions. Dans l'explication de leurs troubles, les dépressifs ne privilégient nullement les conflits familiaux mais mettent plus en avant les problèmes de séparation/divorce ou les problèmes d'ordre professionnel ; ils sous-évaluent ainsi les effets de leur biographie familial sur leur santé psychologique.

F. de Singly (1996) insiste sur le rôle du conjoint dans la révélation de l'identité personnelle, en relais (et parfois en opposition) de la construction de l'identité par la famille. L'identité personnelle et l'identité statutaire se modifient dans la relation conjugale, après avoir été modelées par les relations familiales. Dans ces conditions, les conflits familiaux et conjugaux, s'ils ne débouchent pas rapidement sur une transformation identitaire, apparaissent comme les facteurs de l'impossible construction de l'identité ou même ceux de sa destruction.

De plus, l'association de l'affectif et des troubles de la santé psychologique doit être mise en rapport avec la montée d'un repli sur soi individualiste. Lorsque le holisme et la force du social perdent de leur emprise, l'affectif devient le seul support de l'identité personnelle. Les cellules conjugales et familiales exercent alors une fonction hégémonique de construction de soi. La perturbation au sein d'une de ces cellules est plus difficilement compensable par l'intégration sociale.

Les relations dans la famille nous semblent donc essentielles. On mesure assez mal encore aujourd'hui l'ensemble des effets de long terme du milieu familial. Les perturbations relationnelles familiales sont vraisemblablement associées à un grand nombre de troubles de désocialisation. Insister sur l'importance de l'enfance et de l'adolescence dans la formation de ces troubles permet :

- . d'asseoir une plus grande tolérance envers les marginalités sociales, de favoriser les conditions d'une prise de conscience par les pouvoirs publics, d'organiser un accompagnement social sur la longue durée des victimes ;
- . de lutter préventivement auprès des parents et au sein du système éducatif qui semble être le mieux placé pour décrypter et dénoncer les situations familiales en cause. A ce titre, la diffusion, auprès des parents et des enfants, des connaissances sur le fonctionnement et l'importance de la famille apparaît fondamentale.

Le travail accompli reste très partiel. Faute de temps, le lien entre le parcours scolaire et l'état dépressif n'a été qu'ébauché. De même, l'analyse du parcours affectif amoureux est très incomplet au regard des potentialités du questionnaire de l'INED. De plus, il faudrait examiner les conséquences psychologiques éventuelles de l'allongement de la post-adolescence, période de prolongement de la co-existence entre générations. Il faut travailler sur les effets psychologiques de ce rallongement du temps de la jeunesse que Chamboredon (1985) qualifie de période de « *latence sociale* ». Cette « *latence sociale* » est-elle aussi « *inhibition sociale* » et quelles en sont les expressions marginalisées ?

Par ailleurs, le problème de la très nette sur-représentation des femmes suicidaires et dépressives reste entier. Nous avons détaillé les points sur lesquels des différences de sensibilité sont perceptibles entre hommes et femmes. Mais l'analyse des conflits de générations et celle des séparations amoureuses n'expliquent pas la différence absolue de répartition par sexe. La piste d'une reproduction historiquement et socialement consacrée des fragilités semble l'hypothèse d'explication la plus naturelle. Dans ce cadre, le contexte éducatif et social renforce des attitudes émotionnelles spécifiques pour chacun des deux sexes. La femme intérioriserait sa fragilité tout au long de sa formation, de son processus de socialisation. La fragilité psychique devient progressivement un attribut féminin. Mais ces affirmations demeurent spéculatives. L'analyse biographique est ici stérile et c'est à d'autres voies de démonstration qu'il faut réfléchir.

BIBLIOGRAPHIE

Barlet P., 1982, *L'Adolescence entre suicidaires et délinquants* in *Suicide et conduites suicidaires, TII Aspects cliniques et institutionnels*, Coll. dir. Vedrinne, Quénard, Weber, Masson.

Baudelot C., Establet R., 1984 *Durkheim et le suicide*, PUF coll philosophie, 4^e édition 1993.

Bhrolchàin Ni M., Chappell R., Diamond Ian, 1994, *Scolarité et autres caractéristiques sociodémographiques des enfants de mariages rompus*, Population, 6.

Blöss T, Frickey A., Novi M., 1994, *Modes d'entrée dans la vie adulte et trajectoires sociales des femmes mariées*, Population, 3.

Bourdieu P., 1984, *La « Jeunesse » n'est qu'un mot*, in Questions de sociologie, les Editions de minuit.

Bourguignon O., Rallu J.L. et Théry I. (eds.), 1985, *Du divorce et des enfants*, PUF/INED, Travaux et Documents, cahier n°111

Notamment les chapitres de O. Bourguignon :

3^e partie, *Effets psychologiques sur l'enfant : Compte-rendu de recherches récentes.*

4^e partie, *L'expérience du divorce parental.*

Bozon M., 1990, *Les femmes et l'écart d'âge entre conjoints. Une domination consentie II- Mode d'entrée dans la vie adulte et représentations du conjoint*, Population, 3.

Bozon M., Villeneuve Gokalp C., 1994, *Les Enjeux des relations entre les générations à la fin de l'adolescence*, Population, 6.

Braconnier A., 1996, *le Sexe des émotions*, Odile Jacob.

Braconnier A., Chilland C., Choquet M., Pomarède R., 1995, *Adolescentes, adolescents psychopathologie différentielle et Dépression, adolescentes, adolescents*, Bayard éditions/Fondation de France, Coll. Paï dos adolescence.

Bungener M., Pierret J., 1993, *Appréhender l'influence du chômage sur l'état de santé*, Convention MIRE, CNRS, INSERM, EHESS.

Chabrol H., 1984, *les Comportements suicidaires de l'adolescent*, 2^e édition 1992, PUF, Nodules.

Chabrol H., 1988, *la Dépression de l'adolescent*, 2^e édition 1991, PUF, Que sais-je?.

Carre J.R., Zucker E., 1988, *Mortalité violente chez les jeunes de 15 à 25 ans : accidents de la route et suicide*, Rapport au Haut Conseil de la population et de la famille.

Cases C., Lagarde P., 1996, *Activité et pauvreté : une tranche de vie des personnes de 17 à 59 ans*, INSEE première n°450.

Castel R., 1995, *Métamorphose de la question sociale : une chronique du salariat*, Fayard.

Chambaz C., Herpin N., 1995, *Début difficile des jeunes : le poids du passé familial*, Economie et Statistiques n°283-284.

Chamboredon J.C., 1985, *Adolescence et post adolescence : «la juvénalisation».Remarques sur les transformations récentes des limites et de la définition sociale de la jeunesse* in Adolescence terminée, adolescence interminable, Alleon, Morvan, Lebovici (dir), Paris, PUF, Psychiatrie de l'enfant.

Choquet M., Ledoux S., Menke, 1988, *Approche longitudinale des consommations de drogues et des troubles somatiques et psychosomatiques*, La Documentation Française.

Choquet M., Davidson F., 1981, *le Suicide de l'adolescent, étude épidémiologique et statistique*, Les éditions ESF, Coll. La vie de l'enfant.

Choquet M., Ledoux S., 1994, *Adolescents, Enquête nationale*, Les éditions INSERM.

Dolto F., Angelino I., 1988, *Quand les parents se séparent*, Seuil.

Durkheim E., 1930, *le Suicide*, PUF, 6^e édition « Quadrige ».

Dufrancatel C., 1968, *la Sociologie des maladies mentales*, Mouton Volume XVI x n°2

Galland O., 1991, *Sociologie de la jeunesse*, Armand Colin, Collection U.

Galland O., 1995, *Une entrée plus tardive dans la vie adulte*, Economie et Statistiques n°283-284.

Hendin H., 1982, *Suicide in America*, New York, W. W. Norton & Company.

Herran F., 1988, *la Sociabilité, une pratique culturelle*, Economie et Statistiques n°216.

Herpin N., 1990, *la Famille à l'épreuve du chômage*, Economie et Statistiques n°235.

Herpin N., Mansuy M., 1995, *le Rôle du service national dans l'insertion des jeunes*, Economie et Statistique n°283-284.

Kaufmann J. C., 1992, *la Trame conjugale : analyse du couple par son linge*, Nathan, Essais et Recherches.

Kulka R.A. et Weingarten H., *The long-term effects of parental divorce in childhood on adult adjustment*, J. Soc. Issues, 35, 4, 1979, p. 50 à 78.

Leridon H., Villeneuve-Gokalp C., 1988, *Entre père et mère*, Population et société n°220.

Leridon H., Villeneuve-Gokalp C., 1994 *Constance et inconstances de la famille* PUF/INED, Travaux et Documents, cahier n°134.

Notamment les chapitres de C. Villeneuve-Gokalp :

Chapitre 6, *Après la séparation : conséquences de la rupture et avenir conjugal*.

Chapitre 9, *Situations et biographies familiales des enfants*.

Mauger, 1995, *Jeunesse : âge des classements Essai de définition sociologique d'un âge de vie*, CNAF, Recherches et Prévisions, n°40.

Menahem G., 1992, *Troubles de santé à l'âge adulte et difficultés familiales durant l'enfance*, Population, 4.

Menahem G., 1994, *Problèmes de l'enfance, statut social et santé des adultes*, CREDES

Meron M., Mini C., 1995, *Des études à l'emploi, plus tard et plus difficilement qu'il y a 20 ans*, Economie et Statistiques n°283-284.

Moncel N., Rose J., 1995, *Spécificité et déterminants de l'emploi des jeunes de 18 à 25 ans et de 26 à 29 ans : vers la fin d'une transition professionnelle*, Economie et Statistiques n°283-284.

Muxel A.M., 1992, *l'Âge des choix politiques Une enquête longitudinale auprès des 18-25 ans*, CNAF, *Revue française de sociologie*, p. 233 à 263.

Philippe A., 1981, *Approche statistique : la mortalité et la morbidité par suicide*, in Choquet M., Davidson F..

Roussel L., 1988, *la Population des enfants de divorcés en France in Démographie, famille et société en France et en Union Soviétique*, INED/PUF, Congrès et colloques n°10.

Roussel L., 1989, *la Famille incertaine*, Odile Jacob.

Samy M. H., 1991, *le Syndrome de l'adolescent suicidaire : considérations cliniques et Suicide et adolescence une perspective sociale et analytique in adolescence et suicide*, Coll. dir. Caglar H., Editions sociales françaises.

Singly F. de, 1983, *l'Amour, un bien privé, un mal public ?*, *Revue française des affaires sociales*, 42, 2.

Singly F. de, 1987, *Fortune et infortune de la femme mariée*, PUF, Coll. Economie en liberté.

Singly F. de, 1996, *le Soi, le couple et la famille*, Nathan, Coll. Essais et Recherches.

Toussignant M., 1992, *les Origines sociales et culturelles des troubles psychologiques*, PUF.

Valla J.-P., Bergeron, 1994, *l'Epidémiologie de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent*, PUF, Nodules.

Wallerstein J. S. et Kelly J.-B., 1980, *les Effets du divorce des parents : l'expérience vécue par l'adolescent* in Anthony E. J., Chiland C., Koupernik C. (eds.), *L'enfant à haut risque psychiatrique*, Paris, PUF.

ANNEXE 1

DESOCIALISATION ET TROUBLES PSYCHIQUES

L'état dépressif n'est pas la seule manifestation d'une fragilité du jeune adulte. Les caractérisations et signes sociaux de la fragilité sont multiformes. Dépression et comportements déviants seront analysés ici, comme le reflet d'un même état de désocialisation. Les manifestations d'une fragilité psychique et d'une fragilité sociale sont souvent concomitantes. Elles ne sont cependant pas systématiquement associées. Défiance et déviances vis-à-vis de la collectivité et dépression co-existent plus qu'à l'ordinaire. Mais aucune déduction automatique dans un sens ou dans l'autre ne peut être faite. A partir des indications des tableaux 1 et 2 de cette annexe, nous examinerons les rapports entre l'état dépressif et plusieurs marques de désocialisation : conduite rapide sur la route, indifférence à l'égard de la vie publique, dépendance tabagique, alcoolique ou toxicomane. Nous pensons que ces déviances sont parfois des traductions sociales d'un état proche de la dépression.

Attitudes à l'égard de la conduite automobile

Chez les 15-24 ans, les suicides sont la deuxième cause de décès après les accidents de la route. Cette prépondérance des morts violentes est un trait distinctif de la jeunesse, elle est très accentuée chez les jeunes hommes.

Certains accidents mortels et en particulier des accidents de motos seraient, chez les jeunes, des suicides déguisés. Les personnes n'étant plus là pour témoigner de leurs intentions, ces assertions résistent à l'analyse. Il faut donc s'attacher à ce qui se passe en amont de l'accident mortel. Les conduites rapides et dangereuses sur la route sont souvent considérées comme des manifestations d'un état suicidaire. La sur-représentation des jeunes dans les accidentés de la route, en liaison avec le pic des tentatives de suicide entre 18 et 24 ans tendrait à appuyer cette considération.

Mais cette association est un peu rapide, car l'insouciance n'est en général pas suicidaire. La forte fréquence des accidents de la route chez les jeunes est d'abord largement imputable à leur inexpérience : inexpérience de la pratique de la conduite, mais aussi inexpérience de l'évaluation de la prise de risque sur la route. L'inexpérience et l'indétermination de la jeunesse expliquent ses difficultés d'évaluation comparée et rationnelle de la prise de risque qui découle de ses agissements.

Il est possible qu'une forme d'exaltation juvénile et de transgression sociale laisse la porte ouverte à l'essai d'une expérience radicale, proche de la tentative de suicide. Les repères temporels du suicidaire sont flous. Une sur-valorisation du présent par rapport à un avenir impensable expliquerait une préférence pour la rapidité au détriment de la sécurité automobile. Les personnes qui aiment la vitesse après le passage du permis de conduire sont plus dépressives que les autres (Tableaux 1 et 2). La corrélation entre l'amour de la vitesse et l'état dépressif existe chez les hommes, comme chez les femmes. Elle est plus forte cependant

chez les hommes car ceux-ci sont près de deux fois plus nombreux que les femmes à aimer la conduite rapide (33,9% contre 17,7%).

Les accidentés graves de la route (personne blessée responsable de l'accident) forment un petit groupe composé essentiellement d'hommes, plus de trois fois plus suicidaires que la moyenne (12,6%) et très lourdement dépressifs. Les femmes sont des automobilistes prudentes et moins dangereuses sur la route ; les femmes responsables d'un accident, dans lequel elles ont été blessées, sont trop rares pour figurer dans le tableau.

Sur une tout autre logique, à l'opposé des conducteurs rapides, on trouve les personnes qui ne sont pas titulaires de leur permis de conduire : ces personnes représentent 6,1% des hommes et 13,6% des femmes de l'échantillon. Elles sont psychologiquement beaucoup plus fragiles que leurs homologues titulaires du permis.

Le permis de conduire est l'un des derniers rituels d'initiation et d'intégration au monde adulte, un monde qui valorise la vitesse, le mouvement et la réactivité. Le permis est un symbole d'autonomie, de prise en charge et d'indépendance. Il est très attaché au seuil des 18 ans de la fin de l'adolescence³¹ et des débuts de l'émancipation. L'obtention du permis de conduire marque une étape symbolique qui apparaît aussi importante que les conséquences pratiques de l'accès au statut d'automobiliste. L'autonomie de déplacement s'acquiert plus tardivement par l'achat d'une voiture (Bozon , Villeneuve-Gokalp 1994). Le franchissement de cette étape est une intégration au groupe dominant et supposé responsable des conducteurs, elle contribue à une meilleure appréciation du temps. On peut donc poser l'hypothèse que l'incapacité ou l'absence de volonté à franchir cette étape est une marque de désocialisation qui peut avoir des origines dépressives.

Le désintérêt de la vie publique

Si l'habitude de la vitesse routière est une manifestation de « l'incivisme ordinaire » , l'incivisme, au sens habituel, désigne le désintérêt ou la défiance à l'égard de l'Etat et de la collectivité publique.

L'empressement du jeune adulte à s'inscrire sur les listes électorales à partir de la majorité de 18 ans traduit son intérêt pour la vie politique et publique. L'absence d'inscription est donc à la fois une affirmation par omission d'un certain désintérêt du politique, et un symptôme de désocialisation : la vie collective, celle qui traite des rapports des autres avec ma propre personne, ne me concerne pas. « *qui dit marginalisation sociale, dit probabilité de non-inscription et d'abstention* » (Mayer, Percheron cité par Muxel 1992). Cependant l'engagement dans l'action collective ne se résume pas à la formalité administrative de l'inscription sur les listes électorales. Les effets sont probablement beaucoup plus complexes et il faudrait croiser la participation aux échéances politiques avec l'engagement dans le monde associatif. Seul un tel croisement permettrait d'évaluer ce qui relève de l'insuffisance de l'offre du politique, de ce qui relève du défaut d'engagement individuel dans l'action collective. L'Etat confère un

³¹Il faudrait examiner les conséquences de l'avancement de la pratique de la conduite à 16 ans dans la perspective de l'allongement de l'étape de la jeunesse, l'entrée dans l'âge adulte ne cessant de reculer.

certain nombre de prérogatives à l'individu sur le seul critère de l'âge biologique (la majorité de 18 ans). Le désintérêt pour ces droits statutaires n'est pas sans lien avec l'état dépressif.

Plus d'un jeune homme sur trois (35,1%) n'a pas effectué ses obligations militaires. Les jeunes hommes qui ont satisfait leurs obligations militaires sont moins suicidaires et dépressifs que les réformés (ou exemptés). La formation d'un couple précoce, le décès d'un parent avant 19 ans ou un problème grave de santé sont les principaux motifs de non-incorporation (Herpin, Mansuy 1995). Le filtrage à l'entrée du service national par l'exemption des jeunes hommes soutiens de famille et la réforme des personnes dont le profil ne satisfait pas aux contraintes militaires (catégories P4 et P5) expliquent donc la sur-représentation des personnalités fragiles parmi les exemptés/réformés.

Le permis de conduire, comme le service national, a une fonction rituelle. Les deux rites sont d'ailleurs fréquemment associés : un conscrit sur trois passe un ou plusieurs permis de conduire lors de son service national. On peut se demander si selon un schéma analogue à celui du permis de conduire, le service national masculin conserve une fonction rituelle de datation. Le service national reste un rite initiatique qui s'inscrit dans une séquence ordonnée d'étapes du passage à l'âge adulte. Même si la chronologie sociale de cette séquence a subi d'importantes transformations³², on peut se demander si le service national a conservé une certaine fonction de socialisation par l'adaptation forcée aux contraintes de la collectivité qu'il impose, et par sa caractéristique de repère biographique. La fonction rythmique du rite, c'est-à-dire son inscription précise dans le temps de la jeunesse, semble avoir quelques effets protecteurs du psychisme individuel. Mais le tri à l'entrée du service national est une explication plus plausible du faible taux de dépressif chez les appelés.

Autonomie et dépendance

Plus des deux tiers des jeunes hommes de l'échantillon et six femmes sur dix ont déjà fumé des cigarettes régulièrement. Les écarts des taux de suicidaires entre fumeurs et non fumeurs (5,2% contre 1,6% chez les hommes, 9,4% contre 4% chez les femmes) et les écarts des fréquences des dépressifs lourds (10,7% contre 4,4% chez les hommes, 22,1% contre 12,5% chez les femmes) indiquent la nette prévalence du tabagisme parmi les dépressifs. Les fumeurs précoces et/ou les personnes ayant déclaré une première relation sexuelle précoce (14 ans chez les garçons et 15 ans chez les filles) forment des populations plus exposées au risque dépressif. Des constats similaires chez les consommateurs d'alcool et de drogue confirment les liens étroits entre la consommation de produits toxiques et la fragilité dépressive. L'émancipation précoce, la déviance alcoolique ou toxicomane, la délinquance, le suicide et les fragilités dépressives sont fréquemment associées. On assimile la prise de

³²Les jeunes ouvriers ne se marient plus en rentrant du service national comme c'était le cas entre les deux guerres (A. Prost 1981 cité par G. Mauger 1995).

risque vis-à-vis de soi même, et la prise de risque en groupe ou vis-à-vis du groupe. De nombreux travaux traitent ce point³³ et nous ne le développerons pas dans ce mémoire.

On se bornera à souligner la concomitance des faits. La dépendance toxique et la dépendance affective sont étroitement mêlées pendant la jeunesse. L'autonomie est une étape décisive où un certain nombre de normes externes sont internalisées. Les états de dépendance et d'autonomie ne sont jamais complets et entretiennent des rapports conflictuels. La liberté, sans véritable autonomie crée un état de fragmentation difficile à vivre. Le jeune suicidaire est seul, il est à la recherche d'intégration plus que d'autonomie (Samy 1991).

La concordance des déviances et de la fragilité psychique montre que le mal-être s'exprime et s'enracine dans le rapport de l'individu au monde. Les toxicomanies de toute nature sont des soulagements, des remèdes, proposés lors d'un désarroi affectif. Après avoir soulagé l'individu dans un premier temps, la consommation de produits toxiques renforce le plus souvent ses symptômes dépressifs et l'engage alors dans un cercle vicieux difficile à briser. En état d'indéfinition dans une société dominée par des adultes indifférents à son sort, le jeune dépressif est à la recherche de compensations. Ces compensations sont socialement instituées aux marges de l'adolescence. Le non-dit et l'absence d'échanges avec le groupe rend impossible le décodage par l'adolescent du sens de sa fragilité et plus généralement de son existence (Barlet 1982). Le monde de la toxicomanie joue un rôle d'espace-tampon, où l'on cantonne à moindre coût social (à court terme) des individus trop fragiles, dont on pense qu'ils ne peuvent s'adapter aux exigences du monde adulte.

³³Voir nos mesures à partir des déclarations des produits consommés, lors des sorties à 16 et à 25 ans. Pour un point quantitatif précis sur cette question, on pourra consulter les travaux de l'INSERM : Choquet, Ledoux 1994, et Choquet, Ledoux, Menke 1988.

TABLEAU 1 : DESOCIALISATION ET TROUBLES PSYCHIQUES DES HOMMES

Répartition et risque de trouble exprimés en %

	N	Répartition	Tentative de suicide	Problème dépressif		
				Marqué [1]	Atténué [2]	
Homme total	1 478	100,0	3,9	8,5	7,0	
La conduite routière	Non titulaire du permis de conduire	90	6,1	12,2	17,7	10,0
	Parmi les titulaires du permis de conduire :					
	La personne aimait conduire vite	501	33,9	5,7	10,5	9,3
	Autre type de conduite	881	59,6	2,2	6,6	5,3
	A acheté une moto (>125 cm3)	384	26,0	4,1	9,3	9,8
	Blessé avant 25 ans lors d'un accident de la route dont la personne était responsable	95	3,1	12,6	18,9	11,5
L'inscription sur les listes électorales	Inscrit « précoce » (à 18 ou 19 ans)	1 132	76,6	3,7	7,9	6,9
	Non inscrit sur les listes électorales	125	8,5	7,2	10,4	12,0
Le service militaire	N'a pas effectué le service militaire	519	35,1	6,3	11,9	9,2
	A effectué le service militaire	959	64,9	2,7	6,8	5,8
Le tabagisme	A déjà fumé des cigarettes régulièrement	980	66,3	5,2	10,7	7,6
	A commencé à fumer à 14 ans ou avant	135	9,1	10,4	14,8	8,1
	N'a jamais fumé de cigarettes régulièrement	497	33,6	1,6	4,4	5,8
Les sorties	L'année du BAC ou de la fin des études :					
	Buvait assez souvent de l'alcool	270	18,3	7,8	15,6	11,4
	Fumait du hachish ou prenait d'autres drogues					
	Souvent ou de temps en temps	237	16,0	9,7	18,6	8,9
	Seulement pour essayer ou jamais	1 106	74,8	2,6	5,8	6,7
	A 25 ans, buvait beaucoup d'alcool assez souvent	203	13,7	5,9	16,2	11,3
	Première relation sexuelle à 14 ans ou avant	174	11,8	9,2	12,1	10,9

[1] dépression avec l'une des caractéristiques suivantes au moins : durée de l'accès supérieure à 6 mois, dépression chronique, dépression avec des conséquences professionnelles, dépression avant 20 ans, tentative de suicide.

[2] tout autre type de dépression et/ou consommation régulière de tranquillisants.

TABLEAU 2 : DESOCIALISATION ET TROUBLES PSYCHIQUES DES FEMMES

Répartition et risque de trouble exprimés en %

		N	Part %	Tentative de suicide	Problème dépressif	
					Marqué [1]	Atténué [2]
Femme total		1 510	100,0	7,2	18,2	12,3
La conduite routière	Non titulaire du permis de conduire	205	13,6	16,0	28,7	13,6
	Parmis les titulaires du permis de conduire :					
	La personne aimait conduire vite	267	17,7	9,7	23,9	10,1
	Autre	1 034	68,5	4,8	14,7	12,7
L'inscription sur les listes électorales	Inscrit « précoce » (à 18 ou 19 ans)	1 188	78,7	6,5	17,2	11,7
	Non inscrit sur les listes électorales	100	6,6	13,3	31,0	14,0
Le tabagisme	A déjà fumé des cigarettes régulièrement	904	59,9	9,4	22,1	12,4
	A commencé à fumer à 15 ans ou avant	214	14,2	16,8	27,1	10,3
	N'a jamais fumé de cigarettes régulièrement	606	40,1	4,0	12,5	12,2
Les sorties	L'année du BAC ou de la fin des études :					
	Ne sortait jamais le soir	101	6,7	12,8	29,7	10,8
	Pour celles qui sortaient :					
	Buvait assez souvent ou de temps en temps de l'alcool	227	15,0	7,0	17,6	9,7
	Fumait du hachish ou prenait d'autres drogues					
	Souvent, parfois ou a essayé	318	21,1	9,4	24,5	13,2
	Jamais	1 083	71,7	5,3	15,3	12,2
	A 25 ans, buvait beaucoup d'alcool :					
	assez souvent ou de temps en temps	238	15,8	11,8	26,1	11,3
	Première relation sexuelle à 15 ans ou avant	154	10,4	13,6	24,7	11,7

[1] dépression avec l'une des caractéristiques suivantes au moins : durée de l'accès supérieure à 6 mois, dépression chronique, dépression avec des conséquences professionnelles, dépression avant 20 ans, tentative de suicide.

[2] tout autre type de dépression et/ou consommation régulière de tranquillisants.

ANNEXE 2

PRECISIONS SUR L'ENQUETE « PASSAGE A L'AGE ADULTE »

L'enquête de l'INED sur le passage à l'âge adulte est une enquête biographique rétrospective, menée auprès de jeunes adultes âgés de 25 à 34 ans (au 31 décembre 1993). Elle a bénéficié pour sa réalisation du concours de la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF). Le questionnaire comprend sept sections (caractéristiques générales de l'enquêté(e), famille d'origine, départ de chez les parents, études, des premiers gains aux premiers emplois, histoire conjugale, histoire amoureuse, évolution du mode de vie) ; la durée de passation du questionnaire était d'une heure quinze environ.

Constitué par la méthode des quotas, à partir des résultats de l'enquête « Emploi » de l'INSEE, l'échantillon comprend des individus des deux sexes, vivant en couple, seuls ou chez leurs parents, français ou étrangers. L'échantillon a été stratifié par région et par type d'unité urbaine. La réalisation sur le terrain a été confiée au service des enquêtes de l'INED et à son réseau d'enquêteurs. Pour cette enquête, 243 enquêteurs ont été employés et 2988 personnes ont été interrogées, en trois vagues, de mai 1993 à janvier 1994.

Il est important de noter que les questions concernant la santé figuraient en fin de passation du questionnaire alors que la biographie familiale était détaillée dans la première demi-heure d'entretien. Cet ordre garantit une certaine étanchéité des déclarations biographiques et de santé psychologique. La personne interrogée n'était donc pas incitée à construire elle-même une explication biographique de son statut actuel. Voici le détail des quotas demandés et des quotas obtenus :

	Quotas demandés	Quotas obtenus
Age		
25-29	50,0	50,0
30-34	50,0	50,0
Sexe-Activité		
. Homme sans emploi [1]	7,0	7,6
. Homme avec emploi	42,5	41,8
. Femme sans emploi [1]	17,2	17,8
. Femme avec emploi	33,8	32,8
Couple-Non en couple		
. En couple	72,0	71,5
. Non en couple	28,0	28,5
Profession de la personne de référence		
. Agriculteur	3,3	3,3
. Artisan, commerçant	6,4	6,7
. Cadre	11,1	11,0
. Profession intermédiaire	20,4	21,6
. Employé	15,1	15,1
. Ouvrier	38,5	38,9
. Inactif n'ayant jamais travaillé	5,1	3,4

[1] Etudiants, demandeurs d'emploi

Photocopie p74 du questionnaire

Photocopie p75 du questionnaire

Table des matières

Remerciements	2
Introduction	3
Quelques recommandations pour la lecture	5
Première partie : essai de caractérisation des groupes de pathologies psychiques lors du passage à l'âge adulte.....	6
1- Des catégories subjectives	6
2- Leur mesure objective	9
3- Quelques éléments de cadrage des populations dépressives	17
Deuxième partie : les parcours familiaux et les fragilité psychiques	23
1- La famille dissociée	24
2- Climat et conflits dans la famille	29
Troisième partie : les effets dépressifs des grandes ruptures du parcours du jeune adulte	38
Conclusion	46
Bibliographie	49
Annexe 1 : désocialisation et troubles psychiques	53
Annexe 2 : précisions sur l'enquête « Passage à l'âge adulte »	59